

Aus dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Universitätsklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Kommissarischer Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Franz

Die Evaluation des Stufenmodells des wir2-Bindungstrainings
wir2ambulant, wir2kompakt und wir2Reha

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Marco Kevin Jung

2021

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gez.:

Dekan: Herr Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Franz

Zweitgutachterin: Frau Univ.-Prof. Dr. med. Eva Meisenzahl-Lechner

Meiner Familie.

Zusammenfassung (Deutsch)

Die Zahl der Alleinerziehenden ist in Deutschland auf 2,58 Millionen (Stand 2018) (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2019) angewachsen, was einen Zuwachs von 15,4 % im Vergleich zum Jahr 1996 ausmacht (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018a). Laut Statistischem Bundesamt wuchsen 2017 insgesamt 16,5 % aller Kinder bei einem alleinerziehenden Elternteil auf (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018a). Hierbei ist zu beachten, dass der Familienstatus „alleinerziehend“ sowohl für den alleinerziehenden Elternteil, als auch für die betroffenen Kinder, mit einer Vielzahl an sozioökonomischen und gesundheitlichen Risiken einhergeht. Neben dem häufig gravierend schlechteren finanziellen Status der Haushalte von Alleinerziehenden, findet sich auch eine deutlich erhöhte Prävalenz von psychischen und somatischen Krankheitsbildern in dieser Bevölkerungsgruppe verglichen mit der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018b; Rattay et al., 2017; Rattay et al., 2014). Hierbei ist bei den alleinerziehenden Eltern insbesondere das Krankheitsbild der Depressivität hervorzuheben (Rattay et al., 2017), welches unter anderem mit einer verminderten Elternkompetenz einhergehen kann (McLearn et al., 2006).

Auch die Kinder von Alleinerziehenden sind signifikant häufiger von einer Vielzahl an psychosomatischen Erkrankungen betroffen und weisen einen ungesünderen Lebensstil auf als Kinder aus Kernfamilien (Rattay et al., 2014). Studien zeigen außerdem, dass sich die gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen bei diesen Kindern auch bis in das Erwachsenenalter fortsetzen. So sind erhöhte Mortalitätsraten, insbesondere aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen (Larson und Halfon, 2013), eine erhöhte Prävalenz von Depressionen (Gilman et al., 2003) und Suizidversuchen (Lindström und Rosvall, 2015) in dieser Bevölkerungsgruppe zu finden. Hier zeigt sich die transgenerationale Weitergabe der risikobehafteten Lebensumstände von Einelternfamilien. Daraus ist ein familien- und gesundheitspolitischer Handlungsbedarf sowie die Entwicklung zielgruppenspezifischer Versorgungsangebote abzuleiten.

Das wir2-Bindungstraining wurde explizit zur Prävention und Hilfestellung für diese überdurchschnittlich hoch belastete Personengruppe am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Düsseldorf entwickelt. Es basiert auf bindungstheoretischen und entwicklungspsychologischen Grundlagen und umfasst 20 Sitzungen. Diese 20 Sitzungen sind in vier Module unterteilt und fördern die emotionale Selbstwahrnehmung sowie die elterliche Wahrnehmung der emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder. Dies wird durch Perspektivwechsel (zu Gunsten der Kinder) und emotionale Lernprozesse erreicht. Zudem wird die Gesamtsituation in der Familie inklusive der Trennungssituation aufgearbeitet. Dabei steht die gemeinsame Elternverantwortung trotz möglicher Konfliktsituationen zwischen den ehemaligen Partnern im Vordergrund. Im Rahmen des Programmes werden außerdem konkrete Informationen zu praktischen Dingen der Alltagsorganisation, zugeschnitten speziell auf die Bedürfnisse der Alleinerziehenden, vermittelt (Franz et al., 2008; Franz, 2014).

Neben der ursprünglichen Variante wir2ambulanz, das vorwiegend in kommunalen Einrichtungen angeboten wird, wurden weitere Varianten des wir2-Bindungstrainings für die Anwendung im Rahmen einer dreiwöchigen (wir2kompakt) und sechswöchigen (wir2Reha) stationären psychosomatischen Rehabilitation entwickelt. Die Wirksamkeit der wir2ambulanz-Variante (ehemals PALME) konnte bereits im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie evaluiert werden (Franz et al., 2010). In der nun durchgeführten naturalistischen Evaluationsstudie sollte erstmals die Wirksamkeit unterschiedlicher Varianten des wir2-Bindungstrainings innerhalb eines gestuften Versorgungsmodells untersucht werden. Hierzu wurden Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung psychosozialer Beeinträchtigungen (HEALTH-49) und depressionstypischer Symptomlast (PHQ-9) der alleinerziehenden Eltern in den unterschiedlichen Settings, in welchen das wir2-Bindungstraining

angeboten wurde, in den Jahren 2013 bis 2019 erhoben. Zudem wurden kindliche Verhaltensauffälligkeiten mittels Fremdbeurteilungsinstrumenten durch die alleinerziehenden Eltern (SDQ) erfasst. Die Fragebögen wurden unmittelbar vor (t1-Messpunkt) und unmittelbar nach (t2-Messpunkt) dem wir2-Bindungstraining erhoben.

Die Evaluation zeigt, dass die psychosoziale Belastung sowie die depressive Symptomlast der Alleinerziehenden in allen Programmvarianten bzw. Settings nach Teilnahme am wir2-Bindungstraining deutlich geringer waren als vor dem wir2-Bindungstraining. Eine Vielzahl der erfassten Zielmaße erreichte hierbei, in Hinblick auf die Reduktion der Belastungswerte, das statistische Signifikanzniveau. Auch für die Kinder der Alleinerziehenden konnte eine Abnahme der Verhaltensauffälligkeiten zum Messpunkt nach dem wir2-Bindungstraining aufgezeigt werden.

Hieraus kann der Schluss gezogen werden, dass sämtliche wir2-Varianten eine effektive Verringerung psychosozialer Belastungssymptome der Alleinerziehenden und von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder bewirken. Es besteht jedoch ein weiterer Forschungsbedarf im Sinne von randomisierten kontrollierten Studien mit Langzeitverlauf für die rehabilitativen wir2-Varianten.

Zusammenfassung (Englisch)

In the year of 2018 about 2.58 million single parents lived in Germany (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2019). 16.5% of all children in total grew up in single parent families in 2017 (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018a). In general, families with a single parent have a higher risk of socio-economical (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018b) and health impairment (Rattay et al., 2014) compared to traditional families. These health impairments affect not only the parents but also the children (Rattay et al., 2017; Rattay et al., 2014).

Single parent households are more likely to suffer from a poor financial status (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018b) as well as from mental and somatic diseases (Rattay et al., 2017; Rattay et al., 2014). Especially the prevalence of depression among single parents is higher compared to that of parents living with in traditional families (Rattay et al., 2017). Moreover it has been shown that depression may lead to less parenting skills (McLearn et al., 2006).

Children of single parents are significantly more likely to be affected by psychological and somatic diseases and tend to have a more risky lifestyle than children in traditional families (Rattay et al., 2014). Several studies show that these children still suffer from impairments as adults. For example there are higher rates of mortality by cardiovascular diseases (Lindström und Rosvall, 2015) as well as a higher prevalence of depression (Gilman et al., 2003) and suicide attempts (Lindström und Rosvall, 2015). This shows that the higher risk of impairment in a single parent household seems to cause transgenerational problems. It is important to find solutions at family and health political level. The development of group-specific interventions is an initial point to consider.

The wir2-Bindungstraining has been developed by the Clinical Institute for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of the University Clinic Düsseldorf in order to provide support for the highly burdened group of single parents. The wir2-Bindungstraining is based on the theory of attachment and developmental psychology. This training is made up of 20 sessions divided into four different modules. Each module has its own special focus. At first, the self-perception of the single parents is improved in order to intensify the sensitivity for the feelings of their children. Therefore the parents change their point of view to the perspective of their children and undergo emotional learning processes. Then the overall situation of the family including the parents' situation of separation is taken into account. The programme also provides detailed information on practical aspects of everyday organisation, specifically for the needs of single parents (Franz et al., 2008; Franz, 2014).

After the implementation of the classical wir2-Bindungstraining as an outpatient concept (wir2ambulanz), the Clinical Institute for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy developed new concepts of the wir2-Bindungstraining for rehabilitation. The wir2kompakt-concept has been developed for a three-week rehabilitation and the wir2Reha-concept for a six-week rehabilitation. The effectiveness of the wir2ambulanz-concept (formerly called PALME) has been proven in a randomized controlled trial (Franz et al., 2010). The new interventional study has been created to examine the effects of the three different wir2-concepts. In order to collect data on the psychological and somatic impairment of the participants and the behavioural problems of their children the questionnaires HEALTH-49, PHQ-9 and SDQ have been answered immediately before and after the wir2-Bindungstraining from 2013 to 2019.

As a result of this study the psychological and somatic impairment of the participants as well as the behavioural problems of their children decreased after the training. All of the three concepts showed this effect. In several sub and summarizing modules of these questionnaires the reduction of impairment was significant to the respective level of significance. Furthermore this study demonstrated that the impairment in the rehabilitative settings tended to be higher than in the

outpatient-concept. The participants of the wir2Reha-concept suffered from the highest level of impairment.

To sum it up all of the three wir2-concepts seem to be able to effectively lower the level of psychological and somatic impairment as well as that of social impairment. Also an improvement in the behaviour of the participants' children could be observed. However there is a need for further research in terms of randomised controlled studies with a long-term follow-up for the rehabilitative wir2-concepts.

Abkürzungsverzeichnis

Cohen's d_z	standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen nach Cohen
M	Mittelwert
M_{diff}	Mittelwertdifferenz
$M_{diff\ t1-t2}$	Mittelwertdifferenz zwischen t1- und t2-Messpunkt
partielles η^2	partielles Eta ² , Maß der Effektstärke
SD	Standardabweichung
split-plot-ANOVA	hierbei handelt es sich um eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit der Gruppenzugehörigkeit als dreifach gestufter Zwischensubjektfaktor (hier: wir2ambulant, wir2kompakt und wir2Reha) und dem zweifachgestuften Innersubjektfaktor Zeit (hier: t1- gegen t2-Messpunkt).
wir2ambulant	entspricht der ambulanten wir2-Bindungstrainingsvariante, welche in Form einer neunzigminütigen Sitzung pro Woche über 20 Wochen hinweg angeboten wird.
wir2kompakt	entspricht der wir2-Bindungstrainingsvariante, welche im Rahmen einer dreiwöchigen Rehabilitation stattfindet.
wir2Reha	entspricht der wir2-Bindungstrainingsvariante, welche im Rahmen einer sechswöchigen Rehabilitation angewandt wird.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Die Situation der Alleinerziehenden und derer Kinder	1
1.2	Präventionsprogramme für Eltern im Überblick	4
1.3	Das wir2-Bindungstraining	5
1.4	Ziele der Arbeit.....	7
2	Material und Methode	8
2.1	Ethikantrag	8
2.2	Zielgruppe und Ausgangslage.....	8
2.3	Studiendesign	10
2.4	Das wir2-Bindungstraining	12
2.4.1	Die Struktur des wir2-Bindungstrainings.....	12
2.4.2	Die Module des wir2-Bindungstrainings	14
2.4.3	Anpassung des wir2-Bindungstrainings an die rehabilitative Rahmenstruktur	18
2.5	Die drei Selbstbeurteilungsinstrumente	20
2.5.1	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	20
2.5.2	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis - 49 (HEALTH-49).....	22
2.5.3	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	24
2.6	Statistische Auswertung	25
2.7	PHQ-9 Datensatz	26
2.8	HEALTH-49 Datensatz.....	27
2.9	SDQ Datensatz.....	27
2.10	Übersicht der Datensätze	28
3	Ergebnisse	29
3.1	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	29
3.1.1	Gepaarter t-Test des PHQ-9	29
3.1.2	Varianzanalyse des PHQ-9-Summenwertes	31
3.2	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis - 49 (HEALTH-49)	34
3.2.1	Gepaarter t-Test des HEALTH-49.....	34
3.2.2	Varianzanalyse des HEALTH-49-PSB-Summenwert.....	47
3.3	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	50
3.3.1	Gepaarter t-Test des SDQ.....	50
3.3.2	Varianzanalyse des SDQ-Gesamtproblemwertes.....	58
4	Diskussion.....	61
4.1	Einordnung der PHQ-9-Ergebnisse.....	61

4.2	Einordnung der Ergebnisse des HEALTH-49	63
4.2.1	Somatoforme Beschwerden	63
4.2.2	Depressivität	64
4.2.3	Phobische Ängste	65
4.2.4	Psychische und somatoforme Beschwerden	66
4.2.5	Varianzanalyse des HEALTH-49-PSB-Summenwertes	66
4.2.6	Psychisches Wohlbefinden	67
4.2.7	Interaktionelle Schwierigkeiten	67
4.2.8	Selbstwirksamkeit	68
4.2.9	Aktivität und Partizipation	68
4.2.10	Soziale Unterstützung	69
4.2.11	Soziale Belastung	70
4.2.12	Zusammenfassung	70
4.3	Einordnung der Ergebnisse des SDQ	71
4.3.1	Gesamtproblemwert	71
4.3.2	Varianzanalyse des SDQ-Gesamtproblemwertes	72
4.3.3	Emotionale Probleme	72
4.3.4	Verhaltensprobleme	73
4.3.5	Hyperaktivität	73
4.3.6	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	73
4.3.7	Prosoziales Verhalten	74
4.3.8	Zusammenfassung des SDQ	74
4.4	Das wir2-Bindungstraining im Vergleich zu anderen Elternprogrammen	75
4.5	Prävention und soziale Unterstützung als gesundheitspolitischer Schlüssel zu mehr (sozialer) Gerechtigkeit	80
4.6	Limitationen der Studie	83
4.7	Schlussfolgerung	85
5	Literatur- und Quellenverzeichnis	86
6	Anhang	92
6.1	PHQ-9-Fragebogen für den t1-Messpunkt	92
6.2	PHQ-9-Fragebogen für den t2-Messpunkt	93
6.3	HEALTH-49-Fragebogen für den t1-Messpunkt	94
6.4	HEALTH-49-Fragebogen für den t2-Messpunkt	97
6.5	SDQ-Fragebogen für den t1-Messpunkt	100
6.6	SDQ-Fragebogen für den t2-Messpunkt	101

1 Einleitung

1.1 Die Situation der Alleinerziehenden und derer Kinder

Im Jahr 2018 lebten rund 2,58 Millionen Alleinerziehende mit ledigen Kindern in Deutschland (ca. 22,6% aller Familien mit ledigen Kindern) (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2019), was einen Zuwachs von ca. 15,4 % im Vergleich zum Jahr 1996 ausmacht (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018a). Davon hatten ca. 1,55 Millionen Alleinerziehende mindestens ein minderjähriges Kind. So wuchsen 2017 über 2,2 Millionen Minderjährige bei einem alleinerziehenden Elternteil auf, was einem Anteil von ca. 16,5% bzw. fast jedem sechsten Kind in Deutschland entspricht. Zum Vergleich lag der Anteil der Familienform „alleinerziehend“ 1996 noch bei 11,9 % (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018a). Dabei gab es im Jahr 2017 mit 87,7% insgesamt deutlich mehr alleinerziehende Mütter als Väter mit mindestens einem minderjährigen Kind (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018c).

Der Familienstatus „alleinerziehend“ geht mit einer Vielzahl sozioökonomischer und gesundheitlicher Risiken und Benachteiligungen einher. So lag die Armutsgefährdungsquote in Deutschland bei Alleinerziehenden 2016 bei 32,6 % und somit deutlich über der Gefährdungsquote von zwei Erwachsenen mit mindestens einem Kind (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018b). Haushalte von Alleinerziehenden erreichten durchschnittlich lediglich ein Äquivalenzeinkommen von 1255,58 € pro Monat, welches 29,8% unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegt. Infolgedessen waren die Ausgaben von Haushalten von Alleinerziehenden für die Gesundheit geringer als in sämtlichen anderen Haushaltsformen in Deutschland. Auch für Bildung gaben Alleinerziehende weniger Geld aus als Paarfamilien (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018b). Darüber hinaus bezogen 2016 36,9% aller Haushalte von Alleinerziehenden Grundsicherungsleistungen für Arbeitssuchende nach Sozialgesetzbuch II (Bundesagentur für Arbeit, 2016a). Zum Vergleich, die SGBII-Hilfequote der Gesamtbevölkerung lag 2016 bei 7,6% (Bundesagentur für Arbeit, 2016b). Dies bedeutet, dass die Hilfequote von Alleinerziehenden fast fünfmal höher war im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Zudem wurden Grundsicherungsleistungen für Arbeitssuchende von Alleinerziehenden auch längerfristig bezogen als von anderen Haushaltsformen (Achatz et al., 2013). Die Folge dieser monetären Einschränkungen zeichnen sich zudem im Wohnumfeld der Alleinerziehenden ab. Alleinerziehende geben häufiger als Paarfamilien an, unter signifikanten Wohnmängeln wie Feuchtigkeitsschäden, zu wenig Tageslicht, Lärmbelastung und einer erhöhten Umweltbelastung des Wohnumfeldes, zu leiden. Vielmehr wird auch häufiger Gewalt und Kriminalität im eigenen Wohnumfeld von Alleinerziehenden wahrgenommen. Dabei schätzen Alleinerziehende trotz dieser gravierenden Mängel ihre Wohnkosten deutlich häufiger als große Belastung im Vergleich zu Zweielternfamilien ein (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018d).

Die vielfältige Benachteiligung von Alleinerziehenden ist jedoch weder ein neues noch nur ein deutsches Phänomen. Seit Langem belegen sowohl nationale als auch internationale Studien die geringeren sozioökonomischen Ressourcen und erhöhten psychosomatischen Belastungen dieser benachteiligten Personengruppe (Franz et al., 2003; European Institute for Gender Equality (Hrsg.), 2017; Katikireddi et al., 2018; Benzeval, 1998).

Neben einer schlechteren sozioökonomischen Lage, sind alleinerziehende Mütter auch häufiger von psychischen und somatischen Beeinträchtigungen betroffen und legen häufiger gesundheitsriskante Verhaltensweisen an den Tag, als in einer Partnerschaft lebende Mütter. Sowohl psychische als auch somatische Erkrankungen, wie Rückenschmerzen, Depressionen, sowie eine erhöhte Prävalenz von Adipositas und chronischem Stress finden sich häufiger bei Alleinerziehenden (Rattay et al., 2017;

Domanska et al., 2013; IGES Institut (Hrsg.), 2014; Helfferich et al., 2003). In einer großen Studie des Robert Koch-Instituts (Rattay et al., 2017) konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz von Depressionen bei alleinerziehenden Müttern und Vätern signifikant höher ist, als bei nicht alleinerziehenden Eltern. Fünfzehn Prozent der untersuchten alleinerziehenden Mütter und 12,4 % der Väter litten unter Depressionen. Dies entspricht einer um den Faktor 2,5 für Mütter bzw. fast 2,7 für Väter höheren Prävalenz gegenüber nicht-alleinerziehenden Eltern. Dieses Risiko blieb auch nach vollständiger Adjustierung und Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage, des Erwerbsstatus und der sozialen Unterstützung für alleinerziehende Mütter und Väter signifikant erhöht (Rattay et al., 2017). Eine Untersuchung von Hoffmann und Swart (2002) zeigte, dass Alleinerziehende ihren Gesundheitsstatus schlechter einschätzen als Eltern in Paarfamilien (Hoffmann und Swart, 2002). In einer großen epidemiologischen Studie in Schweden konnte dargelegt werden, dass das Mortalitätsrisiko auch nach Anpassung des sozioökonomischen Status und des bisherigen Krankheitsverlaufs für alleinerziehende Mütter deutlich größer ist als für Mütter mit Lebenspartner (Ringbäck Weitoft et al., 2000). Im Rahmen dieser Studie traten als Ursachen für das verfrühte Ableben vor allem Suizide, Gewalt und alkoholbedingte Erkrankungen hervor. Auch für alleinerziehende Väter besteht laut einer weitreichenden epidemiologischen Studie ein bis zu dreifach erhöhtes Mortalitätsrisiko verglichen mit Vätern, die in einer Partnerschaft leben (Chiu et al., 2018). Nicht zuletzt konnte eine erhöhte Prävalenz von Nikotinabusus unter alleinerziehenden Eltern in einer Vielzahl von Studien aufgezeigt werden (Rattay et al., 2017; Helfferich et al., 2003; Siahpush et al., 2002). Zwar konnte das Elternsein als ein protektiver Faktor gegen Nikotinabusus identifiziert werden, beachtenswert ist jedoch, dass diese Protektion nicht für Alleinerziehende und besonders von Armut betroffenen Frauen nachgewiesen werden konnte (Jun und Acevedo-Garcia, 2007). Eine Konsequenz ist, dass Kinder von Alleinerziehenden häufiger einem erheblichen Gesundheitsrisiko durch Passivrauch ausgesetzt sind (Scharte und Bolte, 2012).

Nicht zuletzt sind auch die psychische und somatische Gesundheit sowie das Entwicklungspotential der Kinder von Alleinerziehenden beeinträchtigt. Die Vielzahl an Benachteiligungen der Alleinerziehenden und ihrer Kinder sowie der oft anhaltende Konflikt zwischen den getrennten Partnern resultiert häufig in einer Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung (bzw. Vater-Kind-Beziehung), was einen erheblichen Risikofaktor für die gesunde psychische, körperliche und kognitive Entwicklung des Kindes darstellt (McLeod und Shanahan, 1996; Fergusson et al., 1994; Rattay et al., 2018; Gilman et al., 2003; Franz et al., 2016). Besondere Risikofaktoren in Einelternfamilien bestehen unter anderem aus chronischer Hochstrittigkeit, reduzierten Elternkompetenzen, psychischen Beeinträchtigungen der Eltern und familiärer Gewalt (Lansford, 2009; Franz et al., 2016).

In einer großen Düsseldorfer Studie über Schulneulinge konnte bereits vor etwa 20 Jahren belegt werden, dass neben der signifikant erhöhten psychischen Belastung von Alleinerziehenden gegenüber verheirateten Müttern, auch eine signifikant höhere Rate von Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen von Alleinerziehenden auftrat (Franz et al., 2003). Insbesondere Depressionen der Eltern können hierbei die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen. So konnte nachgewiesen werden, dass mütterliche Depressionen zu verminderten elterlichen Kompetenzen gegenüber ihrem Kind führen (McLearn et al., 2006). Auch eine Metaanalyse von Sherryl H. Goodman (2010) zeigt, dass mütterliche Depressionen mit Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Problemen der Kinder assoziiert sind (Goodman et al., 2010). Hierbei ist die Rolle des Vaters nicht zu vernachlässigen. Neben Depressionen der Mutter können auch Depressionen des Vaters emotionale Beeinträchtigungen und Verhaltensprobleme der Kinder verstärken (Psychogiou et al., 2017). Zudem weisen Studien daraufhin, dass ein konstanter Kontakt zum biologischen Vater die Entwicklung der Kinder alleinerziehender Mütter positiv beeinflusst (Mariani et al., 2017). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Abwesenheit des biologischen Vaters die kindliche Entwicklung beeinträchtigen kann. Auch im Rahmen einer Studie zu vaterlos aufgewachsenen Kriegskindern konnte gezeigt werden, dass dieser Personenkreis signifikant häufiger unter depressionstypischen Symptomen sowie einer erhöhten Rate an Sozialphobien und Misstrauen leidet (Franz, 2013).

Studien zufolge ist der gesundheitliche Zustand von Kindern in Einelternfamilien in vielerlei Hinsicht deutlich schlechter als in Kernfamilien. Die Kinder von Alleinerziehenden sind häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen, haben mehr emotionale- und Verhaltensprobleme, eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität und ernähren sich weniger ausgewogen (geringerer Verzehr von Obst und Gemüse) als Kinder in Kernfamilien (Rattay et al., 2014). Dabei schätzten alleinerziehende Frauen den Gesundheitszustand ihrer Kinder insgesamt schlechter ein im Vergleich zur Einschätzung nicht-alleinerziehender Frauen. Unter anderem konnte bei Kindern von Alleinerziehenden eine erhöhte Prävalenz der Atemwegserkrankung Asthma bronchiale sowie eines adipösen Ernährungszustandes bei Jungen nachgewiesen werden (Scharte und Bolte, 2012). Im Rahmen einer Studie zur Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 im Rhein-Kreis Neuss von Schäfer et al. (2019) konnte festgestellt werden, dass Kinder von Alleinerziehenden signifikant häufiger Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung, wie in der Neuromotorik, Visuomotorik und Sprachentwicklung, im Vergleich zu Kindern von nichtalleinerziehenden Eltern aufwiesen. Weitere statistisch signifikante Unterschiede bestanden darin, dass bei Kindern von Alleinerziehenden mehr Auffälligkeiten in Bezug auf Verhaltensprobleme, Konzentrationsfähigkeit und emotionale Entwicklung festgestellt werden konnten. Auch die soziale Teilhabe der Kinder von Alleinerziehenden, im Sinne von Teilnahme in Sportvereinen oder Schwimmkursen, war signifikant geringer als von Kindern nichtalleinerziehender Eltern. Zudem nutzen Alleinerziehende signifikant seltener die Vorsorgeuntersuchen U7, U8 und U9 für ihre Kinder als Nichtalleinerziehende (Schäfer et al., 2019). Neben einem schlechteren Gesundheitszustand neigen Heranwachsende in Einelternfamilien auch häufiger dazu zu rauchen (Rattay et al., 2018). Zudem treten psychische Erkrankungen im Kindesalter, Suizidversuche sowie alkohol- und drogenbedingte Erkrankungen häufiger bei Kindern von Alleinerziehenden auf (Weitoft et al., 2003).

Des Weiteren weisen Studien darauf hin, dass der Familienstatus „alleinerziehend“ in der Kindheit, auch im späteren Erwachsenenalter zu einer signifikant erhöhten Prävalenz von Depressionen führt (Sands et al., 2017). Dies gilt insbesondere, wenn die Trennung mit erheblichen elterlichen Konflikten einherging (Gilman et al., 2003). Außerdem steigt das Risiko bipolarer Störungen bei Erwachsenen dieser Population (Bohman et al., 2017). Es zeigte sich zudem eine durchschnittlich geringere Lebenserwartung in dieser Bevölkerungsgruppe, welche am ehesten auf kardiovaskuläre Erkrankungen, einen ungesünderen Lebensstil, weniger soziale Netzwerke und einen geringeren Bildungsstand zurückgeführt werden kann (Larson und Halfon, 2013). Des Weiteren tendieren die Kinder von Alleinerziehenden dazu, früher Alkohol zu konsumieren (Jackson et al., 2016). Sogar eine erhöhte Rate an Selbstmordgedanken und Selbstmordversuchen im Erwachsenenalter wurde als signifikant mit einer Scheidung bzw. Trennung der Eltern im Kindesalter assoziiert beschrieben (Lindström und Rosvall, 2015).

Es kann zusammengefasst werden, dass Alleinerziehende unter gravierenden sozioökonomischen Benachteiligungen leiden, die zur erhöhten Prävalenz von psychischen, psychosomatischen und somatischen Krankheitsbildern in dieser Personengruppe führen. Oft bedingt dies eine Beeinträchtigung der elterlichen Kompetenzen gegenüber den von der konflikthafter familiären Trennung mitbetroffenen Kindern, was zu signifikanten Störungen der emotionalen- und Verhaltensentwicklung der Kinder führt. Dies wiederum trägt zur transgenerationalen Weitergabe risikobehafteter Lebensumstände bei.

So ist die eklatante Benachteiligung von Alleinerziehenden und ihren Kindern als gesamtgesellschaftliches Problem anzusehen, welches nicht zuletzt auch politisches Handeln nötig macht. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass es Möglichkeiten gibt, diesen Circulus vitiosus zu durchbrechen. So führten gruppenbasierte Präventionsprogramme für Eltern zu einer signifikanten Verbesserung des psychosomatischen Zustandes, insbesondere bezüglich Depressionen, Ängsten, Stress, Wut und der Partnerbeziehung (Barlow et al., 2014; Peden et al., 2005; Barlow et al., 2003). Zudem konnte eine positive Wirksamkeit auf das Verhalten und den

emotionalen Zustand der Kinder der Teilnehmer festgestellt werden (Barlow et al., 2016). Trotz der nachgewiesenen Effektivität von Präventionsprogrammen für Eltern, existierte kein etabliertes Elternttraining für Alleinerziehende im deutschsprachigen Raum vor der Konzipierung des wir2-Bindungstrainings (ehemals PALME genannt).

1.2 Präventionsprogramme für Eltern im Überblick

Einige wissenschaftlich evaluierte Präventionsprogramme im englischsprachigen Raum zielen konkret auf alleinziehende Mütter als Zielgruppe ab. Hier zeigten sich Verbesserungen für die erzieherischen Fähigkeiten, verringerte Depressionen und weniger negative Gedanken der Alleinerziehenden sowie weniger Verhaltensprobleme der Kinder (Forgatch und DeGarmo, 1999; Patterson et al., 2005; DeGarmo et al., 2004; Peden et al., 2005).

Das Programm „Parenting Through Change“ (Forgatch, 1994) ist ein englischsprachiges, manualisiertes Gruppeninterventionsprogramm für alleinerziehende Mütter. Das Programm umfasste ursprünglich 16 Sitzungen, wurde jedoch auf 14 Sitzungen gekürzt (Forgatch und DeGarmo, 1999). In der Evaluation einer randomisierten kontrollierten Studie dieses Programmes aus dem Jahr 1999 zeigten sich im Langzeitverlauf Verbesserungen der Erziehungspraxis und Elternkompetenzen (Forgatch und DeGarmo, 1999). In weiteren Evaluationen dieses Programmes konnte gezeigt werden, dass Alleinerziehende, die ihre elterlichen Kompetenzen verbessern konnten, auch unter signifikant weniger Depressionen litten (Patterson et al., 2005).

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass ein von Peden et al. (2005) entwickeltes englischsprachiges, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm Depressionen, negative Gedanken und wahrgenommene Stressoren bei alleinerziehenden Müttern über einen Zeitraum von sechs Monaten gesenkt hat. Die Teilnehmer erhielten entweder sechs einstündige oder vier neunzigminütige kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiesitzungen (Peden et al., 2005).

Eine kanadische randomisierte kontrollierte Studie von Lipman und Boyle (2005) untersuchte den Einfluss eines manualisierten, gruppenbasierten, kommunalen Interventionsprogrammes. Dieses Interventionsprogramm fokussierte zum einen die Bedürfnisse der eigenen Kinder und zum anderen die sozialen Deprivationen der alleinerziehenden Mütter. Diese Studie zeigte, dass sowohl das Selbstwertgefühl als auch die Stimmungslage der Alleinerziehenden durch das Programm verbessert werden konnte. Im Langzeitverlauf war dieser Effekt jedoch nicht mehr signifikant (Lipman und Boyle, 2005)

Auch im deutschsprachigen Raum existieren Präventionsprogramme für Eltern. Das Programm „EFFEKT“ stellt ein manualisiertes Programm dar, welches aus einem Elternttraining mit fünf Gruppensitzungen und einem Kindertraining mit 15 Sitzungen besteht (Lösel et al., 2008). Das Elternttraining zielt vor allem auf die Schulung erzieherischer Kompetenzen ab. Das Kindertraining fokussiert hierbei die Verbesserung sozialer Kompetenzen. Im Rahmen einer Evaluation des Programmes zeigten sich kurzzeitige Verbesserungen für Hyperaktivität, Probleme im Sozialverhalten und emotionale Störungen der Kinder (Lösel et al., 2006). Dieses Programm zielt nicht auf Alleinerziehende als Zielgruppe ab und erfasst nicht deren psychosozialen Gesundheitszustand, sondern fokussiert die Verhaltensprobleme der Kinder.

Das Programm „Eltern-AG“ hat ebenfalls zum Ziel die Erziehungskompetenzen zu verbessern und das Selbsthilfepotential von Eltern zu stärken, ist jedoch nicht spezifisch auf Alleinerziehende ausgerichtet. Hierbei umfasst das Programm insgesamt 40 Sitzungen á 45 Minuten über 20 Wochen (Armbruster und Sodtke, 2007). Es wurden leichte Verbesserungen im Bereich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, dem Erziehungsverhalten und der Erziehungskompetenz festgestellt (Böhm et al., 2013).

Die Gruppenintervention für Eltern der Programmreihe „Triple P“ besteht aus vier Gruppensitzungen à zwei Stunden, drei Telefongesprächen à 20 Minuten sowie einer Abschlussitzung. Das Programm soll erzieherische Kompetenzen fördern und Verhaltensprobleme der Kinder reduzieren. Eine Verbesserung des selbstwahrgenommenen Erziehungsverhaltens bei Müttern und Vätern sowie ein Anstieg der partnerschaftlichen Zufriedenheit und eine Reduktion der psychischen Belastung bei Müttern konnten, neben einer Abnahme des Problemverhaltens der Kinder aus Sicht der Mütter, eruiert werden (Heinrichs et al., 2006).

Das Elternprogramm „Kinder im Blick“ ist ein deutschsprachiges Programm mit der Zielgruppe Eltern in der Trennungssituation. Die Zielgruppe ähnelt damit der des wir2-Bindungstrainings, wenngleich es sich nicht um die gleiche Zielgruppe handelt. Eine Verbesserung des elterlichen Wohlbefindens sowie der Beziehung zwischen den getrennten Eltern konnte im Rahmen einer Studie nachgewiesen werden (Krey et al., 2013).

Ein explizit für Alleinerziehende entwickeltes Programm, welches auf bindungstheoretischen Grundlagen entwickelt wurde, existierte im deutschsprachigen Raum vor wir2 (ehemals PALME genannt) nicht. Somit stellt das wir2-Programm ein Novum unter den Präventionsprogrammen, insbesondere im deutschsprachigen Raum, dar. Es wurde explizit für die Bedürfnisse und Lebensumstände von Alleinerziehenden entwickelt. Zudem hebt sich das wir2-Bindungstraining von den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen ab, da das wir2-Bindungstraining auf bindungstheoretischen und entwicklungspsychologischen Grundlagen basiert. Dabei geht der Inhalt des wir2-Bindungstrainings weit über die Verbesserung von erzieherischen Kompetenzen hinaus. Insbesondere intuitive Elternkompetenzen und die elterliche Feinfühligkeit sowie eine sichere Eltern-Kind-Bindung sollen im Rahmen des wir2-Programmes gefördert werden.

1.3 Das wir2-Bindungstraining

Mit der Zielsetzung gegen die Benachteiligungen von Alleinerziehenden und ihren Kindern zu arbeiten, wurde das wir2-Bindungstraining am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojektes entwickelt. Hierbei wurde ein besonderes Augenmerk darauf gelegt ein niederschwelliges, gemeinnütziges und effektives Angebot zu schaffen, welches dauerhaft kostenlos für Alleinerziehende in kommunalen Settings vorgehalten werden kann. Mit dieser Intention wurde das Programm wir2 (früher PALME: Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter, geleitet von ErzieherInnen) 2014 in die Obhut der gemeinnützigen Walter Blüchert Stiftung übergeben, um einen bundesweiten Transfer des Programmes hinein in die kommunalen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen.

Das wir2-Bindungstraining besteht aus vier Modulen, welche in insgesamt zwanzig neunzigminütige Sitzungen unterteilt sind. Hierbei werden die Teilnehmer von zwei explizit nach einem

standardisierten Manual geschulten Gruppenleitern durch die Module emotionale elterliche Selbstwahrnehmung (I), Emotionen in der Eltern-Kind-Beziehung (II), Gesamtsituation in der Familie (III) sowie Alltag und Abschied (IV) geführt. Ziel des wir2-Bindungstrainings ist es, die Eltern für die Wahrnehmung der eigenen und kindlichen Affekte und Bedürfnisse zu sensibilisieren, die intuitiven Elternfunktionen wiederherzustellen, das Selbstwertgefühl zu steigern, Depressionen und psychische Beeinträchtigungen zu verringern sowie eine klare Trennung zwischen dem oftmals schwelenden partnerschaftlichen Konflikt und der gemeinsamen Verantwortung als Eltern zu schaffen. Somit soll mittels einer Festigung der Eltern-Kind-Beziehung eine dauerhafte Verbesserung der Lebenssituation aller Beteiligten ermöglicht werden, um präventiv gegen die oben genannten Benachteiligungen und deren Folgen zu wirken. Die Zielgruppe umfasst hierbei sämtliche konflikthaft getrennte alleinerziehende Eltern (Franz et al., 2016; Franz, 2014; Franz et al., 2008).

Das wir2-Bindungstraining wurde bereits im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie im ambulanten Setting validiert. Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die Symptomlast von depressiven Verstimmungen und psychischen Beeinträchtigungen bei den Müttern signifikant und nachhaltig abnahm und das psychische Wohlbefinden zunahm (Weihrauch et al., 2014; Franz et al., 2010; Franz et al., 2009).

Dieses, zunächst für das ambulante Setting konzipierte Bindungstraining (wir2ambulant), wurde im Weiteren für den Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation angepasst und zum Teil verdichtet (Franz et al., 2016). Hierbei ist zwischen einer sechs- (wir2Reha) und dreiwöchigen (wir2kompakt) Variante des wir2-Bindungstrainings in der psychosomatischen Rehabilitation zu differenzieren. Bei beiden Rehabilitationsprogrammen werden die Kinder der Alleinerziehenden ebenfalls in der Rehabilitationsklinik aufgenommen. Im Rahmen des sechswöchigen stationären wir2-Rehabilitationsprogrammes, welches durch die Deutsche Rentenversicherung finanziert wird, stellt wir2Reha den Hauptbestandteil der psychosomatischen Rehabilitation dar. Dabei finden die wir2 Sitzungen drei- bis viermal pro Woche, anstatt einmal wöchentlich wie im ambulanten Setting, statt. In der wir2kompakt-Variante erstreckt sich das wir2-Bindungstraining therapiebegleitend über eine dreiwöchige psychosomatische, rehabilitative Maßnahme. Dieses stationäre Angebot wird durch die gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert. Die zwanzig Therapiesitzungen sind hierbei auf dreizehn Therapietage verteilt und wurden zum Teil verdichtet. An sieben Therapietagen finden zwei, jeweils auf 60 Minuten verdichtete, Sitzungen und an sechs Therapietagen findet jeweils eine Sitzung mit dem Umfang von 90 Minuten statt. Somit besteht ein Dreistufenmodell, welches ausgehend von der Ausgangsbelastung der Alleinerziehenden gestaffelt angeboten wird. Alleinerziehende mit Einschränkungen im Alltag können das niederschwellige Programm wir2ambulant nutzen, während Alleinerziehenden mit stärkerer Belastung, die bereits zu einer Krankschreibung führte, das Programm wir2kompakt angeboten werden kann. Besonders stark belastete Alleinerziehende, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, können im Rahmen der sechswöchigen Rehabilitation von wir2Reha aufgefangen werden. Somit kann den Alleinerziehenden, unter Berücksichtigung ihrer Ausgangsbelastung, ein adäquates Therapiekonzept angeboten werden.

Die Grundlage der Evaluation dieser Programme stellt die Erfassung der psychosomatischen Belastung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und deren Kinder vor und nach dem wir2-Bindungstraining dar. Im Folgenden wird der Begriff Teilnehmer für Teilnehmerinnen und Teilnehmer verwandt. Als praktikable Lösung wurden zur Evaluation wissenschaftlich etablierte Fragebögen genutzt. In den Jahren 2013 bis Anfang 2019 wurden in ambulanten kommunalen Einrichtungen, wie zum Beispiel Kitas oder Familienzentren und psychosomatischen Rehabilitationskliniken, vor und nach der Anwendung des wir2-Bindungstrainings, die Selbstbeurteilungsinstrumente „Patient Health Questionnaire-9“ (PHQ9) (Kroenke et al., 2001; Gräfe et al., 2004) und „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49) (Rabung et al., 2009) für die Alleinerziehenden sowie der Fremdbeurteilungsbogen „Strengths and

Difficulties Questionnaire“ (SDQ) (Goodman, 1997; Klasen et al., 2001) für die Kinder der Patienten erfasst.

1.4 Ziele der Arbeit

Ziel dieser naturalistischen Beobachtungsstudie ist es, die erfassten Veränderungen der psychischen und psychosomatischen Belastung sowie der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, vor und nach dem wir2-Bindungstraining, zu vergleichen. Darüber hinaus wird ein Vergleich zwischen den drei Programmvarianten gezogen und damit die weitere Entwicklung eines indikationsgesteuerten, gestuften Versorgungsangebotes für diese hochbelastete Bevölkerungsgruppe befördert. Hierbei muss die Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ausgangsbelastung der Teilnehmer in den verschiedenen wir2-Varianten Berücksichtigung finden.

Es werden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

1. Die selbsteingeschätzte psychische, psychosomatische und soziale Beeinträchtigung der Alleinerziehenden ist nach dem wir2-Bindungstraining für alle Programmvarianten geringer als vor dem wir2-Bindungstraining.
2. Das wir2-Bindungstraining wirkt sich für alle drei Programmvarianten positiv auf das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder der Teilnehmer aus.
3. Die Ausgangslage und Veränderung der selbsteingeschätzten Beeinträchtigung der Alleinerziehenden unterscheidet sich in den drei Settings.

2 Material und Methode

2.1 Ethikantrag

Das Studienvorhaben wurde der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zur Begutachtung vorgelegt. Am 13.05.2019 erging der Bescheid des Ethikkomitees, dass keine ethischen oder rechtlichen Bedenken gegen die Studie bestehen. Das zugehörige Ethikvotum trägt die Studiennummer 2019-442-RetroDEuA.

2.2 Zielgruppe und Ausgangslage

Die ursprüngliche Zielgruppe der Programmvariante wir2ambulant umfasste mittelgradig belastete, konflikthaft getrennte Alleinerziehende mit mindestens einem Kind im Vorschulalter (Franz et al., 2010; Franz et al., 2009). Aufgrund der im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie erbrachten Evidenz für die hohe und nachhaltige Wirksamkeit des wir2-Bindungstrainings (Franz et al., 2010) wurde das wir2-Bindungstraining auch in psychosomatischen Rehabilitationskliniken implementiert und somit die Zielgruppe auf hochgradig psychosozial und psychosomatisch belastete Alleinerziehende erweitert. Die wir2-Programmvariante wir2kompakt (für eine dreiwöchige stationäre psychosomatische Rehabilitation) und wir2Reha (für eine sechswöchige stationäre psychosomatische Rehabilitation) wurden bedarfsgerecht konzipiert und erprobt. Hierbei wurden die jeweiligen Strukturen der psychosomatischen Rehabilitationskliniken, in welchen das wir2-Bindungstraining implementiert werden sollte, berücksichtigt. Trotz entsprechender Veränderungen im Ablauf, blieb das wir2-Bindungstraining in seiner Kernstruktur und seinen inhaltlichen Schwerpunkten erhalten. Im Wesentlichen wurde der zeitliche Ablauf an die jeweiligen Settings und Routinen der Rehabilitationskliniken angepasst. Aus diesen Modifikationen ergibt sich somit ein dreistufiges Versorgungsmodell des wir2-Programmes. Je nach Belastungsgrad und Setting kann das wir2 Programm flexibel eingesetzt werden, nämlich als wir2ambulant, wir2kompakt und wir2Reha. Die jeweiligen Programmadjustierungen werden in Abschnitt 2.3.3 *Anpassung des wir2-Bindungstrainings* erläutert.

Die Ausgangslage der Teilnehmer der verschiedenen wir2-Programmvarianten unterschied sich zudem darin, dass die Teilnehmer von wir2ambulant bei eingeschränkter Alltagsbewältigung ohne ärztliche Verordnung das wir2-Bindungstraining als niederschwelliges Angebot in kommunalen Institutionen nutzen können. Das wir2-Bindungstraining stellt hierbei ein Training mit Interventionscharakter dar und ist keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Für wir2kompakt musste von der jeweiligen Krankenkasse aufgrund krankheitswertiger Beschwerden eine dreiwöchige stationäre psychosomatische Rehabilitation genehmigt werden, während für wir2Reha von der Deutschen Rentenversicherung aufgrund einer gefährdeten Erwerbsfähigkeit eine sechswöchige stationäre rehabilitative Maßnahme genehmigt werden musste. Somit stellten die rehabilitativen Varianten deutlich höhere Anforderungen an die psychosomatische Krankheitsausprägung der Teilnehmer. Damit eine sechswöchige Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung genehmigt werden kann, muss eine Gefährdung oder Minderung der

Erwerbsfähigkeit vorliegen. Zudem hat die wir2ambulant-Variante einen präventiven Charakter, während wir2kompakt und wir2Reha einem rehabilitativen Ansatz zuzuordnen sind. Die Variante wir2ambulant kann somit eher in den Bereich der primären und sekundären Prävention eingeordnet werden, während die rehabilitativen Varianten den Bereich der sekundären und tertiären Prävention abdecken. Nichtsdestotrotz sind den rehabilitativen Programmvarianten auch primärpräventive Eigenschaften, insbesondere im Sinne verbesserter Entwicklungschancen der Kinder der Alleinerziehenden, zuzusprechen.

Allen Gruppen war gemeinsam, dass es sich bei den Teilnehmern obligat um einen psychosozial belasteten, alleinerziehenden Elternteil nach konflikthafter familiärer Trennung handeln musste. In Abbildung 1 ist die Ausgangslage und Einordnung der Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings schematisch dargestellt.

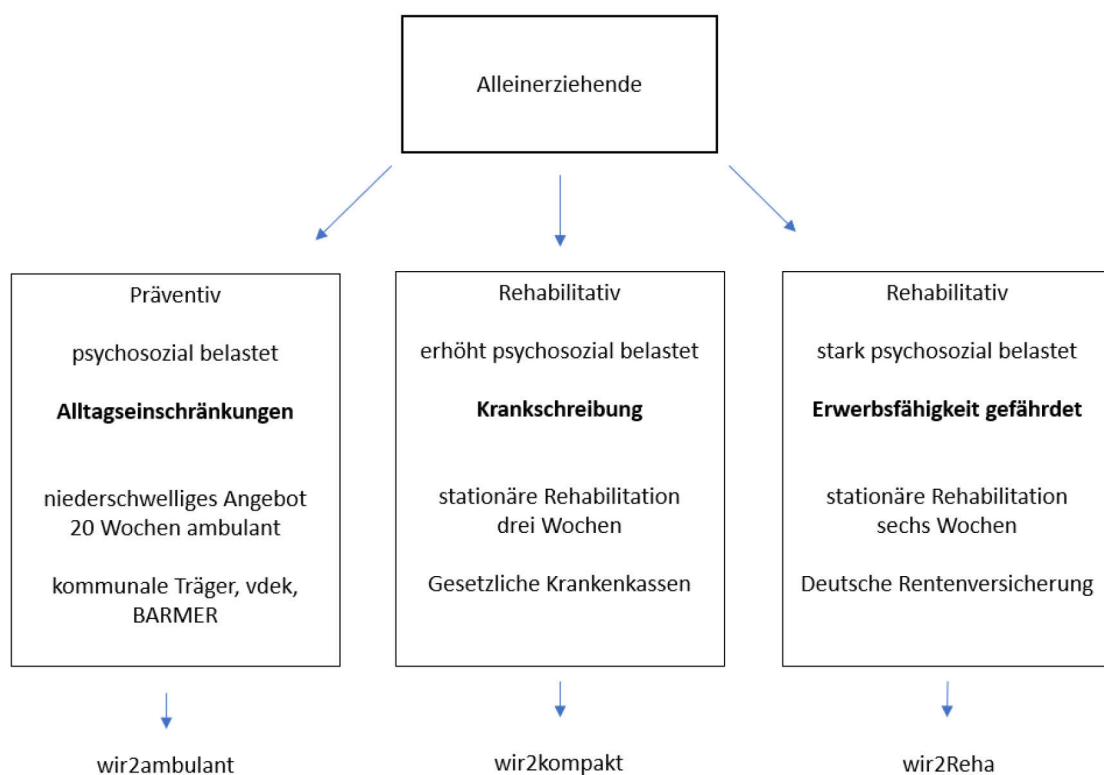


Abb. 1: **Das wir2-Dreistufenmodell**; belastungsabhängige Stratifizierung der Indikationsstellung der drei wir2-Programmvarianten, vdek = Verband der Ersatzkassen

2.3 Studiendesign

Im Zeitraum von 2013 bis 2019 wurden im Rahmen der Anwendung des wir2-Bindungstrainings Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente von den ausführenden Institutionen erfasst. Hierbei stellte die Erfassung der verschiedenen Fragebögen vor der Intervention in Form des wir2-Bindungstrainings den t1-Messpunkt dar. Der Vergleichswert entstand durch den t2-Messpunkt, welcher die Erhebung der Fragebögen nach der Intervention darstellt.

Das wir2-Bindungstraining sowie die begleitende Kinderbetreuung während der Gruppensitzungen wurden für die Teilnehmer von wir2ambulant kostenlos angeboten. Bei den rehabilitativen wir2-Varianten wurden die Kinder als Begleitkinder stationär aufgenommen.

Die Daten für wir2Reha wurden in der Psychosomatischen Fachklinik Schömburg von Juli 2016 bis Februar 2019 erfasst. In der Silberberg-Klinik in Bodenmais, der Mikina-Fachklinik in Bad Schönborn und der Klinik Maximilian in Scheidegg wurden die Daten von wir2kompakt von März 2017 bis Februar 2019 erhoben. Die Daten für die ambulante Programmvariante des wir2-Bindungstrainings stammen von sämtlichen ambulanten Institutionen, welche das Training im Zeitraum von Januar 2015 bis November 2018 anboten. In Abbildung 2 ist der Ablauf der Datenerhebung schematisiert.

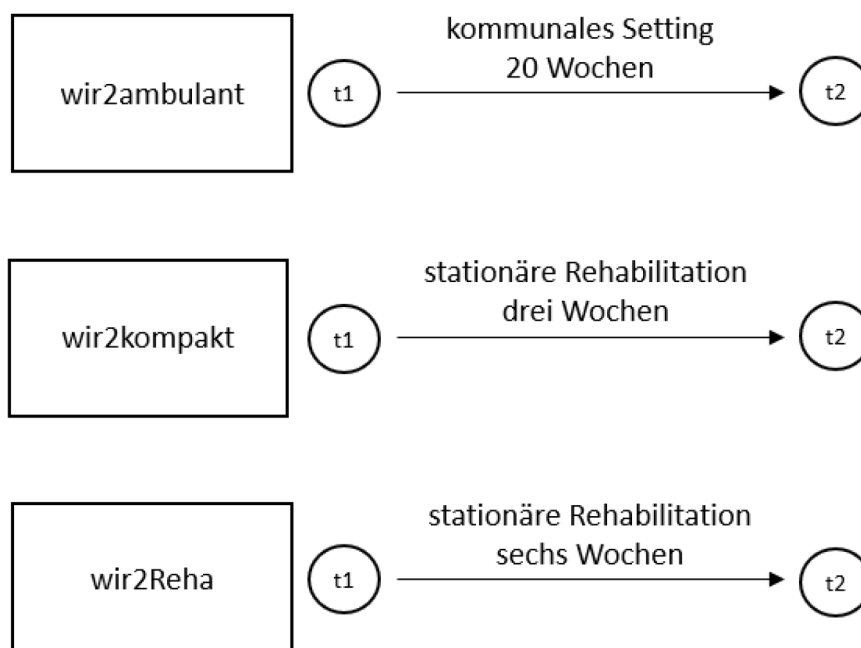


Abb. 2: Der Ablauf der Datenerhebung der wir2-Studie; t1 = Messpunkt vor der Intervention; t2 = Messpunkt nach der Intervention

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmer wurden über den Ablauf und Ziele der Studie aufgeklärt und konnten jederzeit ihre Einwilligung widerrufen. Die Erhebung der Daten sowie Aufklärung wurde von den ausführenden Institutionen durchgeführt.

Es wurden die Selbstbeurteilungsinstrumente „Patient Health Questionnaire-9“ (PHQ-9; in der deutschen Version) (Löwe et al., 2004) und die „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49) (Rabung et al., 2009) zur Beurteilung des psychosozialen Gesamtzustandes der Teilnehmer erfasst. Darüber hinaus wurde der Fremdbeurteilungsbogen „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) (Klasen et al., 2001) für die Kinder der Teilnehmer vor und nach dem wir2-Bindungstraining erhoben.

Die Fragebögen wurden in der jeweiligen Einrichtung pseudonymisiert und an das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf übermittelt und dort ausgewertet. Eine Verweisliste lag dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht vor. Ein Rückschluss auf einzelne Personen konnte somit ausgeschlossen werden. Als demografische Daten wurde die Geschlechterverteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfasst. Wie oben beschrieben wird der Begriff Teilnehmer im Weiteren für weibliche und männliche Teilnehmer verwandt.

2.4 Das wir2-Bindungstraining

2.4.1 Die Struktur des wir2-Bindungstrainings

Das wir2-Bindungstraining basiert auf bindungstheoretischen Grundlagen und fokussiert die Affekte und Emotionen der Teilnehmer und die ihrer Kinder. Die Eltern sollen lernen, ihre eigenen Emotionen zu erkennen und zu verstehen und somit auch ihre Sensibilität für die Wahrnehmung der Gefühle und Affekte Ihrer Kinder verbessern. So sollen die intuitiven Elternkompetenzen, wie Feinfühligkeit, als Grundlage einer guten Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung, mobilisiert werden. Dies soll dazu führen, dass die Bindung zwischen dem alleinerziehenden Elternteil und ihrem bzw. seinem Kind verbessert wird. Hierbei wird auch Wert auf die Stärkung des Selbstwertgefühles der Teilnehmer sowie auf die Reduktion depressiver Symptome gelegt, da dies zur verminderten Wahrnehmungssensibilität für die Affekte der Kinder führen kann (Franz, 2016; Weinberg et al., 2006). Nicht zuletzt enthält das wir2-Bindungstraining jedoch auch verhaltensorientierte Lösungsansätze, die konkrete und schnelle Hilfe bei alltäglichen Problematiken schaffen.

Eine wir2-Gruppe besteht aus maximal 15 Teilnehmern, die von zwei Gruppenleitern geleitet wird. Idealerweise handelt es sich bei den zwei wir2-Gruppenleitern um eine weibliche und eine männliche Person. Zum einen muss in einigen Rollenspielen ein männlicher und ein weiblicher Part übernommen werden und somit führt ein gemischtgeschlechtliches Gruppenleiterpaar zu mehr Authentizität. Zum anderen ist epidemiologisch bedingt ein Großteil der Teilnehmer weiblich und es besteht die Möglichkeit, dass Männer trennungsbedingt mit negativen Assoziationen behaftet sind. Hierbei könnte ein gemischtgeschlechtliches Paar mit einem männlichen Gruppenleiter im Sinne eines sozialen Lernmodells fungieren und veranschaulichen, dass auch eine von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Beziehung zwischen den Geschlechtern möglich ist. Aufgrund des großen Mangels an männlichen Fachkräften in Sozialberufen, wurde die Gruppenleitung jedoch auch für gleichgeschlechtliche Gruppenleiterpaare geöffnet.

Die gleichbleibende Qualität des wir2-Bindungstrainings wird dadurch gewährleistet, dass jede Gruppenleiterin bzw. jeder Gruppenleiter die dreitägige Schulung des wir2-Bindungstrainings durch speziell ausgebildete wir2-Dozentinnen und -Dozenten absolviert, um sich zu zertifizieren. Voraussetzung für die Teilnahme in dieser wir2-Gruppenleiterschulung ist eine abgeschlossene Ausbildung im Bereich sozialer oder klinischer Berufe wie z.B. Pädagogik, Psychologie, Sozialarbeit oder Medizin. Nach Absolvierung der Gruppenleiterschulung sind die Gruppenleiter zur Durchführung des wir2-Bindungstrainings für einen Zeitraum von zwei Jahren zertifiziert. Innerhalb dieser zwei Jahre muss mindestens ein wir2-Gruppendurchlauf vollständig durchgeführt werden. Zudem muss eine Supervision durch eine Fachkraft stattfinden, um für weitere zwei Jahre als wir2-Gruppenleiter zertifiziert zu werden. Ein weiterer Faktor, der zur Sicherstellung einer kontinuierlich gleichbleibenden Qualität des wir2-Bindungstrainings beiträgt, ist die detaillierte Manualisierung des wir2-Programmes (Franz, 2014). Hierbei sorgt ein hohes Maß an Strukturierung für Sicherheit und Kontinuität im Ablauf der Sitzungen. Die Möglichkeit individuelle, jeweils der Situation entsprechende Schwerpunkte zu setzen, bleibt den Gruppenleitern im Rahmen des Manuals erhalten. In Ausnahmefällen können einzelne Übungen zugunsten tagesaktueller Problematiken in den Hintergrund rücken, wobei das Grundgerüst einer wir2-Sitzung erhalten bleibt.

Das Grundgerüst einer wir2-Sitzung:

- Begrüßung und „Blitzlicht“: Nach der Begrüßung kann in einem Stuhlkreis jeder Teilnehmer der Sitzung seine aktuelle Gefühlslage schildern („Blitzlicht“).
- Gemeinsame Besprechung der Übung für Zuhause aus der vorherigen Sitzung: Am Ende jeder Sitzung besprechen die Gruppenleiter mit den Teilnehmern eine Übung für Zuhause, die bis zur nächsten Sitzung erprobt werden sollte. Diese Aufgaben vertieft das zuvor im Rahmen der Sitzung emotional erfahrene und kognitiv bearbeitete Wissen durch eine konkrete erlebnisorientierte Anwendung. Ein Großteil dieser Übungen beinhaltet dabei eine Mutter- bzw. Vater-Kind-Interaktion. In den Rehabilitationskliniken werden diese Übungen in der therapiefreien Zeit mit den ebenfalls stationär aufgenommenen Kindern durchgeführt.
- Einleitung des Sitzungsthemas durch die Gruppenleiter: Zunächst wird ein Überblick über die Struktur der Sitzung gegeben. Im Anschluss wird das neue Sitzungsthema mit einem prägnanten Vortrag zum theoretischen Hintergrund der Sitzung eingeleitet und passendes Informationsmaterial wird ausgeteilt.
- Gruppenübungen: Hierauf folgen in einem strukturierten Ablauf die jeweiligen Übungen der Sitzungen. Diese setzen sich aus gruppenspezifischen Übungen, Brainstormings, Paarübungen, teilregressive Übungen, Rollenspielen, Fantasiereisen und Achtsamkeitstrainings zusammen. Die Übungen sind auf das jeweilige Sitzungsthema abgestimmt.
- Erläuterung der Übung für Zuhause (siehe oben) und Verabschiedung.

Das wir2-Manual behandelt hierbei detaillierte Informationen zu sämtlichen Sitzungen. Die Informationstexte für die Gruppenleiter zur Einarbeitung in das jeweilige Thema sowie die Informationstexte für die teilnehmenden Mütter und Väter zur Rekapitulation des Sitzungsthemas sind im Manual verankert. Ebenfalls sind sämtliche Übungen inklusive zeitlicher Struktur und didaktischem Material im wir2-Manual enthalten.

Neben der Sicherstellung der gleichbleibenden Qualität und Replizierbarkeit verschiedener Gruppenspezifika, trägt diese Struktur auch dazu bei, ein Gefühl der Beständigkeit und Sicherheit für die Teilnehmer zu generieren, was zu einer schnelleren emotionalen Öffnung gegenüber der Gruppe und somit intensiveren Therapieerfahrung führen kann.

Die vier Module des wir2-Bindungstrainings bauen aufeinander auf und folgen der oben genannten Struktur. Die Module behandeln die Themen:

- „Emotionale Selbstwahrnehmung“ (Modul I)
- „Einfühlen in das Erleben des Kindes“ (Modul II)
- „Wahrnehmen der Gesamtsituation in der Familie“ (Modul III)
- „Suchen und Finden von neuen Lösungen im Alltag“ (Modul IV)

Der rote Faden, der sich durch das gesamte wir2-Bindungstraining zieht, besteht in der Stärkung und Stabilisierung des psychoemotionalen Funktionsniveaus und des Selbstwertgefühls der Alleinerziehenden bzw. des Alleinerziehenden, um hierdurch auch positiv auf die Entwicklung der Kinder zu wirken.

Zu Beginn des Trainings fokussiert das wir2-Bindungstraining die eigenen Gefühle und Emotionen der Teilnehmer. Auf dieser Grundlage soll in weiteren Sitzungen der Transfer hin zu den Gefühlen der Kinder der Alleinerziehenden vollzogen werden. Dies soll einen feinfühligere gegenseitigen Umgang ermöglichen und die Bindung stärken. Hiernach weitet sich der Blick auf die Gesamtsituation in der Familie aus. Im Weiteren konkretisiert das wir2-Bindungstraining Lösungsansätze für Konflikte aus dem Alltag der getrennten Eltern, um einen respektvollen und wertschätzenden Umgang zu fördern und den Paarkonflikt von der gemeinsamen Elternverantwortung zu separieren. Die jeweilige häusliche Übungsaufgabe einer Sitzung zielt darauf ab, erlerntes Wissen und neue Techniken konkret anzuwenden und eine Interaktion mit den Kindern der Teilnehmer anzuregen. Diese Übungen sollen zum Beispiel die elterliche empathische Affektregulation der eigenen Kinder trainieren. Die hier gemachten Erfahrungen werden in der nächsten Gruppensitzung thematisiert und wertschätzend kommentiert und diskutiert. Dieser Ablauf wiederholt sich, dem jeweiligen Thema angepasst, über die verschiedenen Module.

2.4.2 Die Module des wir2-Bindungstrainings

Modul I erstreckt sich über fünf Sitzungen (Sitzung 1-5) und setzt den Fokus darauf, den Teilnehmern eine sensiblere Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle und ihres Rollenbildes in der Gesellschaft zu vermitteln. Die Fähigkeit dies wahrzunehmen ist die Basis für die Fähigkeit des feinfühliges Eindenkens in die Gefühle der Kinder.

Sitzung 1 stellt den Beginn und die Einführung in das wir2-Bindungstraining dar. Zunächst wird ein Überblick über die psychosoziale Situation der Alleinerziehenden in Deutschland gegeben und daraus die möglichen Folgen für die Kinder abgeleitet. Nachdem ein allgemeines Bewusstsein für die Situation geschaffen wurde, werden Interventionsmöglichkeiten und deren Erfolge dargestellt. Im deutschsprachigen Raum handelt es sich hierbei vor allem um das wir2-Bindungstraining. Der Inhalt und die Struktur des Bindungstrainings werden im Folgenden erläutert. Danach werden Regeln festgelegt, die ein gemeinsames konstruktives Arbeiten ermöglichen. Hierzu zählen eine regelmäßige Teilnahme, gegenseitige Wertschätzung und eine Schweigepflicht für sensible Sitzungsinhalte. Darauf beginnen die Gruppenübungen. Die Vorstellung eines jeden Teilnehmers erfolgt gruppenspezifisch mit einem Partner. Die Teilnehmer stellen sich gegenseitig vor und berichten von Erwartungen und Befürchtungen an das Programm. Die erste häusliche Übungsaufgabe besteht darin „Werbung“ für das eigene Kind zu machen. Im Rahmen dieser Übung sollen die Alleinerziehenden die positiven Aspekte ihrer Kinder sammeln, um das Bewusstsein für diese zu stärken.

Die zweite Sitzung startet mit einem „Blitzlicht“. Hierbei haben alle Gruppenteilnehmer die Möglichkeit kurz zu berichten, wie sie sich aktuell fühlen und wie sie sich in den Gruppensitzung eingefunden haben. Im Anschluss wird auf die häusliche Übungsaufgabe der letzten Sitzung eingegangen und kurz besprochen, wie diese mit dem Kind gemeinsam erlebt wurde. Das Thema der zweiten Sitzung sind Rollenbilder. Die Teilnehmer werden dazu angeregt, sich über ihre Rollen in der Gesellschaft klar zu werden. Hierbei wird kritisch hinterfragt, ob diese Rollenbilder obligate Bestandteile des eigenen Selbstbildes sind. Die Teilnehmer sollen erkennen, dass auch die Möglichkeit existiert, Erwartungshaltungen der Gesellschaft für sich selbst abzulehnen. Die häusliche Übungsaufgabe besteht darin, die Umriss des Körpers des Kindes aufzuzeichnen und vom Kind die eigenen Körperumrisse zeichnen zu lassen. Dabei soll ein reger Austausch zwischen Gemeinsamkeiten und Unterschieden stattfinden.

In der dritten Sitzung werden Affekte und Emotionen thematisiert. Das beschriebene Schema wird dabei beibehalten (siehe auch Abschnitt 2.4.1 *Die Struktur des wir2-Bindungstrainings*). Es werden zunächst Informationen referiert und anschließend in gruppenspezifischen Übungen an verschiedenen Aspekten der eigenen Affekte und den davon ausgehenden Gefühlen gearbeitet. Auch der Umgang mit diesen Gefühlen ist Thema der Sitzung. Als häusliche Eltern-Kind-Aufgabe sollen die Teilnehmer die Ausprägung ihrer Affekte dokumentieren. So soll die Wahrnehmung der eigenen Gefühlslage verbessert werden und eine Wertschätzung für vereinzelte positive Gefühlslagen geschaffen werden, auch wenn negative Gefühle überwiegen sollten.

Sitzung 4 thematisiert die Selbstwahrnehmung und das Selbstwertgefühl. In dieser Sitzung werden durch Übungen vor allem die positiven Aspekte der eigenen Persönlichkeit herausgearbeitet. Die häusliche Übungsaufgabe wird dazu genutzt, diese Aspekte zu verschriftlichen und somit das Bewusstsein hierfür zu intensivieren.

Im Gegensatz dazu setzt sich Sitzung 5 mit den negativen Seiten der eigenen Selbstwahrnehmung und den damit verbundenen Gefühlen auseinander. Analog zur vorherigen Sitzung sollen die Teilnehmer sich nun mit ihrer negativen Selbstwahrnehmung auseinandersetzen und herausfinden, welche Ursache es für das oft dominierend negativ geprägte Selbstbild gibt. Zudem werden die Teilnehmer angeregt, ihre Selbstwahrnehmung weniger kritisch zu gestalten. Die häusliche Übungsaufgabe besteht analog zur vorherigen Sitzung in der Dokumentation der negativen Gefühle und Charakterzüge der eigenen Persönlichkeit.

Die vier Sitzungen von **Modul II** (Sitzung 6-9) dienen der Stärkung des elterlichen Einfühlungsvermögens in das affektgesteuerte Erleben und Verhalten des Kindes. Über das sensibilisierte Bewusstsein für die eigenen Gefühle soll ein Transfer zu den Affektzuständen, Emotionen und Bedürfnissen der Kinder geschaffen werden.

In Sitzung 6 werden zunächst die Grundzüge der Bindungstheorie und Emotionsentwicklung referiert. In gruppenspezifischen Übungen werden verschiedene Emotionsausprägungen der Kinder herausgearbeitet. Zudem wird thematisiert, wie Eltern mit verschiedenen Facetten der Bedürftigkeit nach Bindung und Freiraum ihrer Kinder umgehen können. Die häusliche Übungsaufgabe besteht in der Beschäftigung mit einer explizit für das wir2-Manual erstellten Kurzgeschichte, die das Thema Trennung und damit verbundene Trauer behandelt. Es wird beschrieben, wie man offen mit diesen Gefühlen umgehen kann, um sie effektiv zu bewältigen.

Danach folgt Sitzung 7, die das Erkennen und den Umgang mit Gefühlen bzw. Emotionen schult. Die Feinfühligkeit der Eltern und das Verständnis für die Gefühle und Emotionen der Kinder soll verbessert werden. Die häusliche Übungsaufgabe besteht darin, mit seinen Kindern Gefühle anhand von Mimik zu erraten, um das Erlernte zu festigen und mit den Kindern zu teilen.

In der folgenden Sitzung 8 wird die Fertigkeit des einfühlsamen Zuhörens vermittelt. Die Eltern lernen zu hinterfragen, was sich hinter den Äußerungen ihrer Kinder verbirgt und alle Emotionen, auch die anhedonischen, wertzuschätzen, um so eine gesunde Emotionsentwicklung zu unterstützen. In Gruppenübungen werden verschiedene Möglichkeiten eines ablehnenden Zuhörens aktiv durchlebt. Daraufhin wird, in scharfem Kontrast zur vorherigen Übung, die Technik des empathischen und einfühlsamen Zuhörens geübt. Inhalt der folgenden häuslichen Übungsaufgabe ist es die erlernte Technik anzuwenden.

In Sitzung 9 geht es um das feinfühliges Handeln. Den Eltern soll, auch durch körperliche Übungen, vermittelt werden, dass feinfühliges Handeln aus Bereitstellung von Sicherheit und Geborgenheit

besteht. Hierbei wird jedoch auch thematisiert, dass dem Kind ein gewisser Freiraum zur Entwicklung gegeben werden muss. In einer praktischen Übung sollen die Alleinerziehenden feinfühliges Handeln durch eine Massage mit ihren Kindern zu Hause üben.

Modul III umfasst fünf Sitzungen (Sitzung 10-14) und fokussiert sich auf die Gesamtsituation in der Familie.

Dieses Modul beginnt mit Sitzung 10, welche die Person und Bedeutung des Vaters in den Fokus rückt. Zunächst wird über die Stationen der kindlichen Identitätsentwicklung referiert und auf die entwicklungspsychologische Bedeutung des Vaters eingegangen. Dies ist darin begründet, dass „PALME“ ursprünglich ein Programm für alleinerziehende Mütter war. Nach Erweiterung der Zielgruppe auf alleinerziehende Väter, wurde auch die Bedeutung der Mutter miteinbezogen. Mittels eines Brainstormings werden die Teilnehmer zunächst angeregt, Ideen zu entwickeln, wofür eine Vaterfigur in der Entwicklung eines Kindes wichtig ist. Zudem werden den Alleinerziehenden im Rahmen einer angeleiteten Phantasieübung in einer milden Regression Wünsche und Erinnerungen an den Vater der eigenen Kindheit zugänglich gemacht. Die Teilnehmer werden hierbei mittels einer Gedankenreise in frühere Entwicklungsstufen ihrer Persönlichkeit versetzt. Anschließend werden die Teilnehmer zu einem Transfer ihrer Wünsche auf die möglichen Bedürfnisse ihrer Kinder angeregt. Auch die Eltern-Kind-Aufgabe versucht diesen Transfer zu unterstützen, indem die Alleinerziehenden und ihre Kinder getrennt voneinander ein Bild der Familie malen sollen und dieses anschließend vergleichen.

Daraufhin wird in Sitzung 11 die Trennung und Trennungsbewältigung thematisiert. In Rollenspielen wird die Trennung symbolhaft durchlebt und anschließend diskutiert. So sollen die Gefühle, die mit der Trennung verbunden sind, besser wahrgenommen werden und Aspekte, die gegen das Gefühl der Trauer wirken, identifiziert werden. Als häusliche Übungsaufgabe soll ein Gegenstand speziell als Trennungssymbol ausfindig gemacht werden. Von diesem soll in der nächsten Sitzung als Teil des Verarbeitungsprozesses gezielt Abschied genommen werden.

Sitzung 12 behandelt die Facetten des Paarkonfliktes. Hierbei wird insbesondere die Notwendigkeit der Trennung von partnerschaftlichen Konflikten und der gemeinsamen elterlichen Verantwortung thematisiert. Es wird zunächst referiert, dass ein dauerhaft vor dem Kind ausgetragener Konflikt für die Entwicklung schädlich sein kann. An dieser Stelle wird erneut ein Rollenspiel genutzt, um die schwierige Situation des Kindes bei der Trennung der Eltern zu verdeutlichen. Dies wird didaktisch aufgearbeitet und zudem wird schauspielerisch dargestellt, wie ein wertschätzender Umgang mit dem getrennten Partner zur adäquaten Annahme der gemeinsamen Elternverantwortung führen kann. Das Ziel ist es, dass sich die Alleinerziehenden über positive und negative Aspekte des ehemaligen Partners bewusst werden. Das Kind bzw. die Kinder werden im Rahmen der Übung für Zuhause kindgerecht in den Rekapitulationsprozess miteinbezogen. An dieser Stelle wird den Teilnehmern zudem angeboten, einen Brief vom wir2-Gruppenleiterteam an den jeweiligen ehemaligen Partner zu übergeben, um über das wir2-Bindungstraining zu berichten.

Die nächste Sitzung (Sitzung 13) soll den Blick weiter nach vorn richten und thematisiert eine neue mögliche Partnerschaft. Die Alleinerziehenden werden dazu ermutigt, sich damit auseinanderzusetzen, wie sie sich ihren neuen Partner vorstellen. Die Verschriftlichung dieser Aspekte ist die häusliche Übungsaufgabe.

Sitzung 14 handelt davon, wie wichtig eine gleichbleibende Struktur für Kinder ist. Als Beispiel wird die Etablierung eines familiären Rituals angeführt. Dies wird gruppendynamisch weiter aufgearbeitet. Die Aufgabe nach dieser Sitzung besteht darin, frühere und aktuelle familiäre Rituale zu sammeln.

Modul IV ist mit sechs Sitzungen (Sitzung 15-20) das längste Modul und stellt die Erarbeitung ressourcenorientierter praktischer Lösungen zur Stress- und Alltagsbewältigung in den Mittelpunkt.

In der ersten Sitzung dieses Modules (Sitzung 15) wird das Thema „Regeln“ von verschiedenen Seiten beleuchtet. Nicht nur um dem Kind in gewissen Aspekten Grenzen zu setzen, sondern auch um eine Sicherheit und Konstanz zu bieten, gelten Regeln als sinnvolles Erziehungsinstrument. Dabei wird dargestellt, dass es wichtig ist, Regeln in kindgerechter Form zu vermitteln und konsequent einzuhalten. Die Erarbeitung dieser Inhalte erfolgt im Weiteren in gruppodynamischen Übungen. Im Rahmen der Übung für die häusliche Anwendung sollen die Teilnehmer ihre Vorbildfunktion für das Einhalten von Regeln reflektieren.

Sitzung 16 thematisiert Konflikte und bietet alltagsnahe Lösungsansätze. Im Fokus steht die Trennung der inhaltlichen und emotionalen Ebene eines Konfliktes. Es soll vermittelt werden, dass neben inhaltlich stringentem Vorgehen, ein feinfühliges Eingehen auf die emotionale Ebene der Kinder möglich ist. In der Gruppe werden verschiedene Konflikte und mögliche Lösungen diskutiert. Als Übung für Zuhause soll ein Konflikt aus der eigenen Vergangenheit aufgearbeitet werden.

Sitzung 17 behandelt weiterhin das Thema der Konfliktlösung und vermittelt Aspekte eines selbstsicheren und kompetenten Konfliktverhaltens. Die Vorteile gegenüber einem unsicheren, aggressiven Konfliktverhalten werden erarbeitet. Im Rahmen der häuslichen Übungsaufgabe sollen sich die Teilnehmer mit diesen erlernten Fähigkeiten weiter auseinandersetzen, indem sie die erlernten Lösungsansätze ihren Kindern vermitteln.

Sitzung 18 fokussiert das Thema Stress und Möglichkeiten zum Stressabbau. Nachdem die individuelle Definition des Begriffs „Stress“ herausgearbeitet wurde, werden Lösungsstrategien besprochen. Im Rahmen der Übung für Zuhause sollen die Eltern versuchen, in einer Stresssituation außerhalb des wir2-Bindungstrainings eine der Techniken anzuwenden.

Sitzung 19 versucht, mehr Bewusstsein für Genuss und Wohlbefinden zu schaffen. In Gruppenübungen erarbeiten die Alleinerziehenden Genussfaktoren und das Bewusstsein, dass es angemessen ist, sich Genuss zu gönnen. Nach der Gruppensitzung sollen die Alleinerziehenden angenehme Erfahrungen dokumentieren, um mehr Bewusstsein für diese zu schaffen.

Sitzung 20 stellt das Ende des wir2-Bindungstrainings dar und bietet die Möglichkeit für einen Rückblick auf das Gelernte und Geleistete. Das Thema Trennung und Abschied, auch von der wir2-Gruppe, wird gezielt in den Fokus gestellt und die Teilnehmer werden angeregt, diese Gefühle mit den neu erlernten Fertigkeiten zu verarbeiten.

2.4.3 Anpassung des wir2-Bindungstrainings an die rehabilitative Rahmenstruktur

Die oben dargestellte ursprüngliche Version des wir2-Bindungstrainings entspricht der wir2ambulant-Variante und erstreckt sich über 20 Wochen mit je einer ambulanten Sitzung pro Woche á 90 Minuten (Franz, 2014). Da in der sechswöchigen Rehabilitation, in Rahmen derer wir2Reha angeboten wird, ausreichend Behandlungstage zur Verfügung stehen, folgt die wir2Reha-Programmvariante dem klassischen Aufbau von wir2ambulant allerdings in einem stationären Umfeld. Weil in den Rehabilitationen neben dem Hauptangebot in Form des wir2-Bindungstrainings noch wenige additive Anwendungen, wie Sporttherapie, Achtsamkeitstraining und psychotherapeutische Einzelgespräche das wir2-Bindungstraining begleiten, wurden die Programme um einzelne Übungen reduziert, ohne den Inhalt und die Struktur des wir2-Bindungstrainings wesentlich zu ändern. Die dreiwöchige Rehabilitation von wir2kompakt ist auf 13 Therapietage limitiert. Das wir2-Bindungstraining wurde hierfür verdichtet. So wurden einzelne Sitzungen methodisch sinnvoll zusammengefasst und konzentriert, ohne den strukturierten Sitzungsablauf oder Kerninhalte zu verändern. Die auf einen Therapietag zusammengefassten Sitzungen umfassen jeweils eine Therapiedauer von 60 Minuten anstatt den üblichen 90 Minuten pro Sitzung. Die Anpassungen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tag	wir2ambulant/ wir2Reha	Zeit (min)		wir2kompakt	Zeit (min)
I	1. Einführung und Kennenlernen	90		1. Einführung und Kennenlernen	60
II	2. Sinn und Gefahren sozialer Rollen	90		2. Sinn und Gefahr sozialer Rollen	60
III	3. Eigene Gefühle	90		3. Eigene Gefühle	90
IV	4. Selbstwert	90		4. Selbstwert	60
V	5. Negative Selbstwahrnehmung	90		18. Stress	60
VI	6. Grundbedürfnisse der Kinder	90		5. Negative Selbstwahrnehmung	60
VII	7. Kinder und Gefühle	90		19. Genuss und Wohlbefinden	60
VIII	8. Einfühlsames Zuhören	90		6. Grundbedürfnisse der Kinder	90
IX	9. Einfühlsames Handeln	90		7. Kinder und Gefühle	90
X	10. Die Bedeutung des Vaters	90		8. Einfühlsames Zuhören	60
XI	11. Trennung und die Zeit danach	90		9. Einfühlsames Handeln	60
XII	12. Paarkonflikt / Elternverantwortung	90		10. Die Bedeutung des Vaters	90
XIII	13. Neue Partnerschaft	90		11. Trennung und die Zeit danach	60
XIV	14. Rituale im Familienalltag	90		12. Paarkonflikt / Elternverantwortung	60
XV	15. Regeln im familiären Alltag	90		13. Neue Partnerschaft	90
XVI	16. Konflikte	90		14. Rituale im Familienalltag	60
XVII	17. Soziale Kompetenz und Konflikte	90		15. Regeln im familiären Alltag	60
XVIII	18. Stress	90		20. Rückblick und Abschied	90
XIX	19. Genuss und Wohlbefinden	90			
XX	20. Rückblick und Abschied	90			

Tabelle 1: **Überblick über die strukturelle Anpassung des wir2-Bindungstrainings;** wir2ambulant über 20 Woche, wir2Reha über 6 Wochen und wir2kompakt über 3 Wochen

2.5 Die drei Selbstbeurteilungsinstrumente

Im Folgenden werden die drei Selbstbeurteilungs-(PHQ-9 und HEALTH-49) bzw. Fremdbeurteilungsinstrumente (SDQ), welche zur wissenschaftlichen Evaluation des wir2-Bindungstrainings genutzt wurden, vorgestellt. Es handelt sich um wissenschaftlich evaluierte und fundierte Testinstrumente, welche im Einzelnen vorgestellt werden. Die kontinuierliche Erfassung und Evaluation der Wirksamkeit des wir2-Bindungstraining stellt eine Schlüsselkomponente in der Sicherung der Qualität der wir2-Bindungstraining-Kurse und der wissenschaftlichen Weiterentwicklung des Programmes dar.

2.5.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Der „Patient Health Questionnaire“ (PHQ) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches aus dem „Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Questionnaire“ entwickelt wurde, und stellt ein valides Testmodul zur Erfassung von psychischen Störungen dar (Gräfe et al., 2004). Der „Patient Health Questionnaire-9“ (PHQ-9) ist ein weiter spezifiziertes und ökonomisiertes Testmodul, welches mit neun Fragen speziell die neun Kriterien des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV) für eine Episode eine *Major Depression* erfasst und auf die Detektion einer Depression abzielt (Kroenke et al., 2001; Beesdo-Baum und Wittchen, 2011; American Psychiatric Association (Hrsg.), 1994).

Für die Diagnose einer Major Depression müssen nach DSM-IV in den letzten zwei Wochen mindestens fünf der folgenden Symptome aufgetreten sein:

1. eine depressive Verstimmung
2. deutlich vermindertes Interesse
3. deutlicher Gewichts-Appetitverlust
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
5. psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
6. Müdigkeit oder Energieverlust
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld
8. Konzentrations- und Entscheidungsprobleme
9. Gedanken an den Tod, Suizidvorstellungen oder Handlungen

Zudem muss für die Diagnose *Major Depression* das erste oder zweite Kriterium obligat vorliegen (Beesdo-Baum und Wittchen, 2011; American Psychiatric Association (Hrsg.), 1994).

Die neun Fragen des PHQ-9 mussten von den Patienten in Hinblick auf die Beeinträchtigung der letzten zwei Wochen mit „Überhaupt nicht“ (0 Punkte), „An einzelnen Tagen“ (1 Punkt), „An mehr als der Hälfte der Tage“ (2 Punkte), „Beinahe jeden Tag“ (3 Punkte) schriftlich beantwortet werden. Somit konnte ein maximaler Punktwert von 27 Punkten erreicht werden. Insbesondere für eine Verlaufsdagnostik ist die dimensionale Auswertung der kategorialen Auswertung des PHQ-9

überlegen (Gräfe et al., 2004). Um Veränderungen im Verlauf vor und nach dem wir2-Bindungstraining zu erfassen, wurde der PHQ-9 daher dimensional ausgewertet.

Als Referenzwerte zur weiteren Interpretation wurden die von Kroenke et al. (2001) vorgeschlagenen Referenzwerte für den Schweregrad einer Depression von „minimal“ (1-4 Punkte), „mild“ (5-9 Punkte), „moderat“ (10-14 Punkte), „moderat bis schwer“ (15-19 Punkte) und „schwer“ (20-27 Punkte) herangezogen. Hierbei ist zu beachten, dass es sich nicht um *Cut-off*-Werte für eine Diagnose handelt, sondern eine steigende Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer Depression ausgedrückt wird. So steigt mit zunehmender Punktzahl die Wahrscheinlichkeit, an einer *Major Depression* zu leiden (Kroenke et al., 2001). Als einzelner *Cutpoint* für ein Screening mittels PHQ-9 kann nach Kroenke und Spitzer (2002) ein Wert von $M=10$ herangezogen werden, da dieser Wert eine Spezifität und Sensitivität von 88% sowie einen positiven Likelihoodquotienten von 7,1 für eine *Major Depression* aufweist (Kroenke und Spitzer, 2002). In Tabelle 2 sind die beschriebenen Referenzwerte veranschaulicht.

PHQ-9 Wert	Schweregrad für eine Depression	vorgeschlagene Behandlung
1-4	Keine Auffälligkeiten	Keine
5-9	Mild	<i>Watchful waiting</i> , Wiederholung des Tests
10-14	Moderat	Behandlungsplan erstellen, <i>follow up</i> sicherstellen, ggf. Pharmakotherapie
15-19	Moderat bis schwer	Einleitung einer Pharmako- und/ oder Psychotherapie
20-27	Schwer	Einleitung einer Pharmakotherapie, zügige Weiterleitung an einen Therapeuten für Psychotherapie bei schwerer Beeinträchtigung oder schlechtem Ansprechen der Behandlung

Tabelle 2: **Einordnung des PHQ-9**; eigene Abbildung aus dem Englischen nach Kroenke & Spitzer (Kroenke und Spitzer, 2002)

Der PHQ-9 wurde bereits in einer Vielzahl von Studien validiert und zeigt eine gute Konstruktvalidität, Sensitivität und Spezifität für die Erfassung einer Depression (Kroenke et al., 2001; Gräfe et al., 2004). Auch für Verlaufskontrollen konnte eine gute Änderungssensitivität des PHQ-9 gezeigt werden (Löwe et al., 2004). Zudem weist der PHQ-9 in Studien eine gute Reliabilität mit Werten von Cronbach's Alpha zwischen $\alpha=0,86$ bis $\alpha=0,89$ auf (Kroenke et al., 2001; Gräfe et al., 2004). Somit eignet sich der PHQ-9 gut für die Erfassung der Depressivität vor und nach dem wir2-Bindungstraining.

Mit dem Ziel, den Verlauf der Symptombelastung der Depressivität zu monitoren, wurde der PHQ9-Summenwert vor und nach dem wir2-Bindungstraining erhoben und der Mittelwert des t1-Messpunktes wurde mit dem des t2-Messpunktes verglichen. Darüber hinaus wurde ein Vergleich zwischen den verschiedenen wir2-Varianten angestellt.

2.5.2 Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis - 49 (HEALTH-49)

Ebenso wie der PHQ-9 stellen die „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH) (Rabung et al., 2007b) Module zur Selbstbewertung in Form eines Fragebogens dar. Beim HEALTH-49 handelt es sich um eine verkürzte Form des HEALTH (Rabung et al., 2009). Diese Module stellen Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der gesamten psychosozialen Gesundheit dar (Rabung et al., 2007d; Rabung et al., 2009). Ziel dieser Selbstbeurteilungsinstrumente ist es, die multidimensionalen Aspekte psychosozialer Gesundheit in Form eines Fragebogens zu erfassen (Rabung et al., 2009). Hierbei ist diese Erfassung nicht auf einen bestimmten Personenkreis reduziert, sondern kann populationsunabhängig (generisch) angewandt werden (Rabung et al., 2009). Auch der HEALTH-49 weist eine gute Veränderungssensitivität und ausreichende Validität auf (Rabung et al., 2009). Im Rahmen der durchgeführten Studie wurde der HEALTH-49 vor (t1-Messpunkt) und nach (t2-Messpunkt) dem wir2Bindungstraining erhoben.

Die 49 Fragen des HEALTH-49 sind in sechs Module (A bis F) mit insgesamt neun Skalen gegliedert. Modul A besteht aus drei Skalen, darunter „Somatoforme Beschwerden“ (SOM) mit sieben Fragen, „Depressivität“ (DEP) mit 6 Fragen und „Phobische Ängste“ (PHO) mit 5 Fragen. Diese drei Skalen können zur Gesamtskala „Psychische und somatoforme Beschwerden“ (PSB) zusammengefasst werden. Im Modul B wird das „Psychische Wohlbefinden“ (WOHL) in 5 Fragen erfasst. Modul C zielt mit 7 Fragen auf „Interaktionelle Schwierigkeiten“ (INT) ab. Modul D besteht aus 5 Fragen für die „Selbstwirksamkeit“ (SELB). Modul E erfasst mit 6 Fragen die „Aktivität und Partizipation“ (A&P). Modul F ist in zwei Skalen zu unterteilen, die zum einen die „Soziale Unterstützung“ (SOZU) mit 4 Fragen und zum anderen die „Soziale Belastung“ (SOZB) mit ebenfalls mit 4 Fragen erfassen (Rabung et al., 2009).

In diesen 49 Fragen wird die Belastung der letzten zwei Wochen auf der Likert-Skala mit der Ausprägung „nicht“ (0 Punkte), „wenig“ (1 Punkt), „mittel“ (2 Punkte), „ziemlich“ (3 Punkte) oder „sehr“ (4 Punkte) erhoben.

Da in den Skalen „Psychisches Wohlbefinden“, „Selbstwirksamkeit“, „Aktivität und Partizipation“, und „Soziale Unterstützung“ positive Ressourcen beschrieben sind, müssen diese umgepolt werden, um die jeweilige Beeinträchtigung darzustellen. Im Rahmen des HEALTH-49 werden höhere Belastungen grundsätzlich auch als höhere Skalenwerte angegeben (Rabung et al., 2009).

Das Modul „Somatoforme Beschwerden“ erfasst hierbei körperliche Schmerzen und Parästhesien in sieben Fragen. Im Modul „Depressivität“ werden sechs Fragen zur Ausprägung von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Interessenlosigkeit und Schuld sowie suizidale Gedanken erhoben. Das Modul „Phobische Ängste“ besteht aus fünf Fragen, die auf Phobien in den verschiedenen Situationen des Alltages abzielen. Diese drei beschriebenen Module werden durch das Summenmodul „Psychische und somatoforme Beschwerden“ zusammengefasst. Das Modul „Psychisches Wohlbefinden“ fragt über fünf Fragen die allgemeine Fähigkeit zur psychischen Entspannung und das psychische Wohlbefinden ab. Das Modul „Interaktionelle Schwierigkeiten“ erfasst mit insgesamt sieben Fragen Störungen der zwischenmenschlichen Kommunikation. Im Rahmen des Moduls „Selbstwirksamkeit“ wird mittels fünf Fragen eruiert, in wie weit mögliche Beschwerden sich auf die Bewältigung von Aufgaben und das Erreichen von persönlichen Zielen niederschlägt. Das Modul „Aktivität und Partizipation“ greift mit sechs Fragen konkrete Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Umfeld auf. Im Modul „Soziale Unterstützung“ wird mit vier Fragen eruiert, ob und in wie weit man von mindestens einer Person sozial unterstützt wird.

Das Modul „Soziale Belastung“ greift umgekehrt mit vier Fragen etwaige zwischenmenschliche kontraproduktive soziale Interaktionen auf.

Hierbei stellt die Erfassung der verschiedenen Fragebögen vor der Intervention in Form des wir2-Bindungstrainings den t1-Messpunkt dar. Der Vergleichswert entstand durch den t2-Messpunkt, welcher die Erhebung der Fragebögen nach der Intervention darstellt. Die Mittelwerte vom t1- und t2-Messpunkt der jeweiligen Module wurden miteinander dimensional verglichen. Die weitere Interpretation wurde an die Referenzwerte nach Rabung et al. (2007c) für Patienten der hausärztlichen Versorgung der „DETECT-Studie“ und für psychosomatisch belastete Patienten in einer psychosomatischen Rehabilitation der „QS-Reha-Verfahren / UKE-Studie“ angelehnt. Im Rahmen des „QS-Reha-Verfahrens“, ein Qualitätssicherungsprogramm für psychosomatische Rehabilitationen, wurde von Mai 2005 bis Dezember 2006 der HEALTH-49 erfasst und stellt somit den Referenzwert für psychosomatisch belastete Patienten dar. Die Referenzwerte für eine durchschnittlich belastete Patientengruppe wurde der „DETECT-Studie“ entnommen. Hierbei handelt es sich um ein Gesamtkollektiv von Hausarztpatienten (Rabung et al., 2009; Rabung et al., 2007c).

Somit war es möglich, neben der Erfassung depressionstypischer Belastungssymptome durch den PHQ-9, auch eine weitreichendere gesamtpsychosoziale Einordnung der Belastungszustände der Teilnehmer mittels des HEALTH-49 vorzunehmen. So wurde die beschriebene weitreichende Deprivation der Alleinerziehenden berücksichtigt.

Rabung et al. (2009) konnte hierbei eine ausreichende Validität und sehr gute Änderungssensitivität sowie Reliabilität aufzeigen (Rabung et al., 2009; Rabung et al., 2007a). So liegt die Reliabilität der Skalen des HEALTH-49 durchweg über Cronbach's Alpha $\alpha=0,80$ mit Ausnahme der Skala „Soziale Belastung“. Die Reliabilität des Summenwertes „Psychische und somatoforme Beschwerden“ liegt bei Cronbach's Alpha $\alpha=0,89$. Insbesondere zur Erfassung psychometrischer Veränderungen vor und nach dem wir2-Bindungstraining, ist dieses Instrument daher gut geeignet.

2.5.3 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) ist ein Fragebogen zur Beurteilung des Verhaltens von Kindern (Goodman, 1997). Nach Goodman et al. (1997) wurde der SDQ zunächst zur Erfassung des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen zwischen vier und sechzehn Jahren entwickelt (Goodman, 1997). Nach Lohbeck et al. (2015) kann mittels SDQ auch das Verhalten der Zwei- und Dreijährigen sowie von Siebzehnjährigen erfasst werden (Lohbeck et al., 2015).

Der SDQ liegt in Eltern-, Erzieher- und Selbstbeurteilungsversion vor (Woerner et al., 2002). Die Version zur Selbstbeurteilung ist für Kinder ab 11 Jahren zugelassen (Goodman et al., 1998). Im Rahmen dieser Studie wurde von der deutschen Version des SDQ-Elternfragebogens Gebrauch gemacht, welche mit einer guten Validität bewertet wurde (Klasen et al., 2001).

Die 25 Fragen des SDQ-Fragebogens können mit „nicht zutreffend“ (0 Punkte), „teilweise zutreffend“ (1 Punkt) oder „eindeutig zutreffend“ (2 Punkte) beantwortet werden. Hierbei werden fünf verschiedene Skalen („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“) mit jeweils fünf Fragen berücksichtigt (Goodman, 1997). Die Skalen können dabei in sich ausgewertet werden oder zu einem Gesamtproblemwert zusammengefasst werden, welcher sämtliche Skalen mit Ausnahme der Skala „Prosoziales Verhalten“ erfasst (Goodman, 1997; Woerner et al., 2002). Der Gesamtproblemwert besteht somit aus den vier Problemskalen. Demnach können für den Gesamtproblemwert maximal 4 mal 10 Punkte, also 40 Punkte erreicht werden. Die Fragen 7, 11, 14 und 21 sind so formuliert, dass nach positiven Verhaltensweisen gefragt wird (siehe Anhang). Da diese Fragen in die Skalen für problematisches Verhalten eingehen, müssen sie vor der Auswertung umgepolt werden. Auf der Skala „Prosoziales Verhalten“ konnten maximal 10 Punkte (dies würde ein Maximum an sozialem Verhalten ausdrücken) bzw. 0 Punkte (als minimal soziales Verhalten) erreicht werden. Diese Skala wird nicht umgepolt (Woerner et al., 2002; Goodman, 1997).

Die Interpretation des Gesamtproblemwertes geschieht auf Datenbasis der größten in Deutschland verfügbaren Stichprobe (N=930) für die Elternversion des SDQ (Woerner et al., 2002). Wie in Tabelle 3 veranschaulicht, wird ein Gesamtproblemwert von 0-12 Punkten hiernach als „unauffällig“ eingestuft, 13-15 Punkte als „grenzwertig“ und 16-40 Punkte als „auffällig“. Die Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ gelten bei 0-3 Punkten als „unauffällig“, 4 Punkte gelten als „grenzwertig“ und 5 bis 10 Punkte werden als „auffällig“ betrachtet. Für die Skala „Hyperaktivität“ gelten 0 bis 5 Punkte als „unauffällig“, 6 Punkte als „grenzwertig“ und 7 bis 10 Punkte als „auffällig“. Das „Prosoziale Verhalten“ gilt von 6 bis 10 Punkten als „unauffällig“, bei 5 Punkten als „grenzwertig“ und darunter als „auffällig“ (Woerner et al., 2002).

Die Einordnung der Werte und Implementierung von Referenzwerten soll nach Goodman (1997) auf der Grundlage erfolgen, dass etwa 80% der Kinder als „unauffällig“, 10% als „grenzwertig“ und 10% als „auffällig“ eingestuft werden (Goodman, 1997). In Anlehnung an diese Vorgehensweise etablierten Woerner et al. (2002) o.g. Referenzdaten (Woerner et al., 2002).

SDQ-Wert	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-12	13-15	16-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Tabelle 3: **Übersicht der Referenzwert des SDQ**; eigene Abbildung nach Woerner et al. (2002)

2.6 Statistische Auswertung

Die durch die einzelnen Institutionen erhobenen Daten wurden im Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie digitalisiert und mittels der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics analysiert. Zunächst wurde ein t-Test für verbundene Stichproben mit Messwiederholung für den Vergleich der Skalen der Erhebungsinstrumente zwischen t1- und t2-Messpunkt berechnet. Hiermit sollte die Wirksamkeit der verschiedenen wir2-Varianten auf multidimensionale psychische und soziale Aspekte, mittels eines Vergleiches der Mittelwerte, dargestellt werden. Das Signifikanzniveau wurde für die Fragebögen HEALTH-49 und SDQ nach Bonferroni korrigiert, um eine Akkumulation des Alphafehlers zu vermeiden (Bonferroni, 1936). Die Anzahl der ausgewerteten Skalen unterschieden sich nach Fragebogen. Demnach wurde das Signifikanzniveau für den HEALTH-49 auf $\alpha = .005$ und für den SDQ auf $\alpha = .0083$ festgelegt. Das Signifikanzniveau für den PHQ-9 wurde auf $\alpha = .05$ festgesetzt. Als Maß der Effektstärke wurde hierbei Cohen's d_z berechnet, indem die Differenz der Mittelwerte der verbundenen Stichproben durch die jeweilige Standardabweichung dividiert wurde (Cohen, 1988a).

Mittels einer univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung mit der Gruppenzugehörigkeit als dreifach gestufter Zwischensubjektfaktor (wir2ambulant, wir2kompakt und wir2Reha) und dem zweifach gestuften Innersubjektfaktor Zeit (t1- gegen t2-Messpunkt) wurde der Gruppe x Messzeit-Interaktionseffekt der Summenwerte der Erhebungsinstrumente berechnet. Im Folgenden wird dieses Verfahren als split-plot-ANOVA bezeichnet, da zum einen die Messergebnisse zu den verschiedenen Messzeitpunkten innerhalb einer Gruppe und zum anderen zwischen den Gruppen verglichen werden. Zur Überprüfung der Varianzgleichheit wurde der Levene-Test genutzt. Zur Überprüfung der Gleichheit der Kovarianzmatrizen wurde vom Box-Test Gebrauch gemacht.

Zum Vergleich der drei Gruppen (wir2ambulant, wir2kompakt und wir2Reha) untereinander zum t1- und t2-Messpunkt wurde eine univariate Varianzanalyse zum jeweiligen Messpunkt durchgeführt. Zur besseren Verallgemeinerbarkeit der Studie wurden sowohl weibliche als auch männliche Teilnehmer in die Auswertung miteinbezogen. Der Anteil männlicher Teilnehmer war deutlich geringer und wird nach den jeweiligen Fragebögen im Folgenden aufgeschlüsselt. Wie beschrieben, entspricht ein geringer Anteil männlicher Alleinerziehender dem demografischen Bild aktueller

Untersuchungen (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2018c). Die Datensätze mussten eine Messung zum t1- und t2-Messpunkt sowie die jeweiligen in den folgenden Abschnitten aufgeführten Anforderungskriterien der Erhebungsinstrumente erfüllen, um in die Auswertung einzufließen. Andernfalls wurden die Datensätze von der Auswertung ausgeschlossen. Fehlende Kreuze in den vorgesehenen Antwortkästen sowie Kreuze außerhalb der Antwortkästen und mehr als ein Kreuz pro Frage galten als Fehler und wurden ebenfalls von der Auswertung ausgeschlossen.

2.7 PHQ-9 Datensatz

Es wurden insgesamt 53 PHQ-9-Fragebögen in den ambulanten Gruppen (wir2ambulant) erhoben. Hiervon mussten 13 Datensätze aufgrund von unvollständigen Fragebögen ausgeschlossen werden. Hierbei gab es einen männlichen Teilnehmer.

In der dreiwöchigen Reha (wir2kompakt) wurden 108 Datensätze erfasst. Hiervon wurden 19 Datensätze aufgrund von unvollständigen Angaben von der Auswertung ausgeschlossen. 15 Datensätze konnten nicht in die Auswertung einbezogen werden, da aufgrund falscher Instruktionen der Klinikmitarbeiter die Fragebögen für die Kinder der Teilnehmer ausgefüllt wurden. Insgesamt waren hierbei neun Teilnehmer männlich.

Für die sechswöchige Reha (wir2Reha) wurden 118 Datensätze erfasst (darunter acht männliche Teilnehmer), wovon 20 Datensätze aufgrund von Unvollständigkeit nicht in die Auswertung einfließen.

Voraussetzung für den Einschluss eines Fragebogens in die Auswertung war es, neben einer gültigen t1- und t2-Messung, dass der Fragebogen zu mindestens 80% vollständig ausgefüllt war. Fehlende Kreuze in den vorgesehenen Antwortkästen sowie Kreuze außerhalb der Antwortkästen und mehr als ein angekreuzter Antwortkasten pro Frage galten als Fehler. Für den Fall eines einzelnen fehlenden Wertes wurde dieser, wie in den zugehörigen Leitlinien empfohlen, durch den Mittelwert der restlichen Items des Fragebogens ersetzt (Kroenke et al., 2010).

Aufgrund der deutlichen geringeren Fallzahl des PHQ-9 Datensatzes von wir2ambulant (N=40) wurde geprüft, ob die Differenz der Prä- und Post-Ergebnisse normalverteilt ist. Diese Differenz war gemäß Kolmogorov-Smirnov-Test normalverteilt ($p=.131$).

2.8 HEALTH-49 Datensatz

Es standen insgesamt 155 Datensätze (darunter ein männlicher Teilnehmer) des HEALTH-49 in der wir2ambulant-Gruppe zur Verfügung. Davon konnten 47 Datensätze aufgrund von Unvollständigkeit nicht in die Auswertung miteinbezogen werden.

Der Datensatz für wir2kompakt umfasste 179 Datensätze (11 männliche Teilnehmer). Hiervon wurden 25 aufgrund von Unvollständigkeit nicht in die Auswertung einbezogen.

Im Rahmen von wir2Reha wurden 120 Fragebögen des HEALTH-49 erfasst (8 männliche Teilnehmer), wovon 15 nicht der nötigen Vollständigkeit entsprachen und ausgeschlossen wurden.

Für den HEALTH-49 wurde eine Anforderung an vollständig ausgefüllten Fragen pro Modul von 75% gestellt, um die Fragebögen in die Auswertung aufzunehmen. Somit konnte pro Modul maximal eine Frage ausgelassen werden, mit Ausnahme des Moduls „Psychische und somatoforme Beschwerden“, welches die Module „Somatoforme Beschwerden“, „Depressivität“ und „Phobische Ängste“ zusammenfasst und als ein Gesamtmodul ausgewertet wurde. Der Skalenwert für jedes Modul wurde im Anschluss nach Rabung et al. (2009) als Mittelwert der beantworteten Fragen berechnet (Rabung et al., 2009). Aufgrund der deutlich kleineren Stichprobe im Verhältnis zur Validierungsstudie von Rabung et al. (2009) wurde eine konservativere Ausschlussgrenze von 75% anstatt 70% gewählt (Rabung et al., 2009). Analog zur Auswertung des PHQ-9 wurde zwischen den vorgegebenen Kästen gesetzte Kreuze sowie mehr als ein Kreuz pro Frage als Fehler gewertet.

2.9 SDQ Datensatz

Für den SDQ wurden in der wir2ambulant-Gruppe 185 Datensätze erhoben, wovon 59 aufgrund von unvollständigen Angaben exkludiert werden mussten.

Im Rahmen von wir2kompakt wurden 250 Datensätze für die Kinder der Teilnehmer erhoben. Hiervon waren 36 unvollständig und konnten nicht in die Auswertung aufgenommen werden.

Für wir2Reha waren 149 Datensätze vorhanden. Diese Daten entsprachen in 24 Fällen nicht den Mindestanforderungen und wurden daher für die Auswertung nicht berücksichtigt.

Der SDQ wurde nach den aktuellen Leitlinien des SDQ ausgewertet (Vaz et al., 2016). So wurde ein SDQ-Fragebogen nur dann in die Auswertung einbezogen, wenn mindestens drei der fünf Fragen in einer Skala beantwortet wurden. Die fehlenden Werte wurden nach den SDQ-Leitlinien mit dem Mittelwert der entsprechenden Fragen der Skala ersetzt. Falls diese Mindestanforderung an eine Unterskala nicht erreicht wurde, wurde diese Unterskala einzeln ausgeschlossen (Vaz et al., 2016).

Es wurde daraufhin der SDQ-Gesamtproblemwert berechnet, welcher sich aus sämtlichen Skalen mit Ausnahme der Skala „Prosoziales Verhalten“, zusammensetzt. Hierfür war es obligat, dass alle Unterskalen auswertbar waren. Im Anschluss erfolgte noch die individuelle Auswertung der einzelnen Skalen.

2.10 Übersicht der Datensätze

In Tabelle 4 sind die Datensätze in Übersicht dargestellt.

	N insgesamt	N weiblich	N männlich	N exkludiert	N valide Datensätze	N valide Datensätze männlich
PHQ-9 wir2ambulant	53	52	1	13	40	1
PHQ-9 wir2kompakt	108	99	9	34	74	6
PHQ-9 wir2Reha	118	110	8	20	98	5
HEALTH-49 wir2ambulant	155	154	1	47	108	0
HEALTH-49 wir2kompakt	179	168	11	25	154	9
HEALTH-49 wir2Reha	120	112	8	15	105	5
SDQ wir2ambulant	185	-	-	59	126	-
SDQ wir2kompakt	250	-	-	36	214	-
SDQ wir2Reha	149	-	-	24	125	-

Tabelle 4: **Übersicht der Datensätze**; N insgesamt = insgesamt erfasste Anzahl der Fragebögen; N weiblich = Anzahl der weiblichen Teilnehmer; N männlich = Anzahl der männlichen Teilnehmer; N exkludiert = Anzahl der exkludierten Fragebögen; N valide Datensätze = Anzahl der ausgewerteten Fragebögen; N valide Datensätze männlich = Anzahl der ausgewerteten Fragebögen von männlichen Teilnehmern.

3 Ergebnisse

Nach Abschluss der Intervention, in Form des wir2-Bindungstrainings, zeigte sich sowohl in der wir2ambulant-, wir2kompakt- als auch wir2Reha-Gruppe eine Abnahme der Beeinträchtigung in allen Selbstbeurteilungs-(PHQ-9 und HEALTH-49) und Fremdbeurteilungsinstrumenten (SDQ). Die Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der jeweiligen Referenzwerte und weiterführende Interpretation erfolgt im Diskussionsteil.

3.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

3.1.1 Gepaarter t-Test des PHQ-9

Die Ausgangsbelastung der Teilnehmer in Bezug auf depressionstypische Merkmale im ambulanten Setting lag beim PHQ-9 im Mittel bei $M = 12,21$ ($SD = 4,96$), im dreiwöchigen Reha-Setting bei $M = 12,07$ ($SD = 5,44$) und im sechswöchigen Reha-Setting bei $M = 14,31$ ($SD = 5,28$).

Wie in Tabelle 5 dargestellt, zeigte sich in allen Gruppen (wir2ambulant, wir2kompakt und wir2Reha) eine signifikante Abnahme der Mittelwerte der PHQ9-Summenwerte vom t1-Messpunkt zum t2-Messpunkt. Die Ausgangsbelastung für depressionstypische Merkmale lag im Durchschnitt vor dem wir2-Bindungstraining bei wir2ambulant und wir2kompakt auf gleichem Niveau, während bei wir2Reha die höchste Ausgangsbelastung festgestellt wurde (siehe Tabelle 5).

	Ambulant t1 N=40	Ambulant t2 N=40	Kompakt t1 N=89	Kompakt t2 N=89	Reha t1 N=98	Reha t2 N=98
Mittelwert	12,21	8,82	12,07	5,50	14,31	9,71
Median	13,00	7,00	11,00	5,00	14,00	9,00
Modus	7,00	7,00	7,00	3,00	14,00	4,00
Standardabweichung	4,96	4,69	5,44	3,59	5,28	6,09
t-Wert	t(39)=3,40		t(88)=14,02		t(97)=8,41	
Effektstärke t1→ t2 Cohen's d _z	0,54		1,49		0,85	
Signifikanzniveau p	p<.003		p<.001		p<.001	

Tabelle 5: **Vergleich der PHQ-9-Mittelwerte vor (t1) und nach (t2) dem wir2-Bindungstraining**; Ambulant = wir2ambulant; Kompakt = wir2kompakt; Reha = wir2Reha; N=Fallzahl; Effektstärke Cohen's d_z = standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen nach Cohen zwischen t1- und t2-Messpunkt

Im ambulanten Setting (wir2-ambulant) kam es bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ zu einer signifikanten Abnahme der Gesamtbelastung vom t1- zum t2-Messpunkt im PHQ-9 um ca. 27,76% ($M_{\text{dif t1-t2}} = 3,39$) von $M = 12,21$ ($SD = 4,96$) auf $8,82$ ($SD = 4,69$) ($t(39)=3,40$, $p<.003$). Die

standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen Cohen's d_z (Cohen, 1988a) belief sich auf $d_z = 0,54$.

In der dreiwöchigen Reha (wir2kompakt) lag der Mittelwert der Ausgangsbelastung bei $M = 12,07$ ($SD = 5,44$) und die Belastung nach der wir2-Intervention bei $M = 5,50$ ($SD = 3,59$). Hier ist eine ebenfalls signifikante Abnahme des Belastungswertes (PHQ-9) von ca. 54,43% ($M_{diff\ t1-t2} = 6,57$) zu verzeichnen ($t(90) = 14,02$, $p < .001$). Die standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen d_z nach Cohen betrug $d_z = 1,49$.

In der sechswöchigen rehabilitativen Maßnahme (wir2Reha) nahm der PHQ9-Wert von $M_{t1} = 14,31$ ($SD = 5,28$) auf $M_{t2} = 9,71$ ($SD = 6,09$), also um ca. 32,15% ($M_{diff\ t1-t2} = 4,60$) ab und erreichte ebenfalls das Signifikanzniveau $\alpha = .05$ ($t(98) = 8,41$; $p < .001$).

Somit kam es in allen Settings zu einer statistisch signifikanten Abnahme des PHQ-9 Belastungswertes im Vergleich vom t1-Messpunkt (vor dem wir2-Training) zum t2-Messpunkt (nach dem wir2-Training). In Abbildung 3 ist die Reduktion der PHQ-9 Summenwerte veranschaulicht.

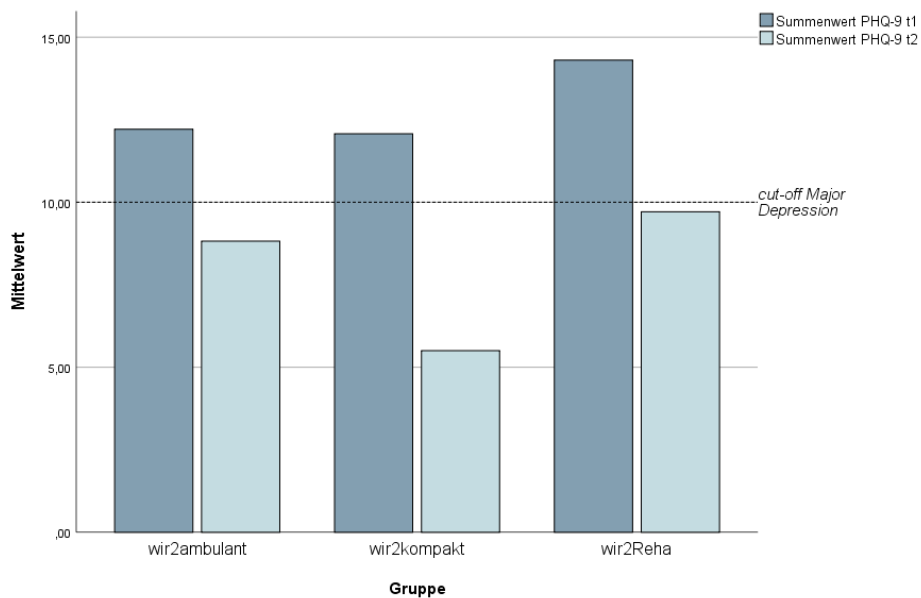


Abb. 3: Säulendiagramm zu den Summenwerten des PHQ-9 zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9; cut-off Major Depression = Referenzwert

3.1.2 Varianzanalyse des PHQ-9-Summenwertes

Zunächst wurde eine univariate Varianzanalyse mit dem dreifach gestuften Zwischensubjektfaktor der Gruppenzugehörigkeit und dem zweifach gestuften Innersubjektfaktor der Messzeit für den PHQ-9-Summenwert durchgeführt. Im Rahmen dieser Varianzanalyse zeigte sich eine statistisch signifikante Interaktion der Faktoren Zeit und Gruppe (Gruppe x Messzeit-Interaktionseffekt) ($F(2,224) = 6,129$; $p < .004$; partielles $\eta^2 = .052$).

Hierbei ist zu beachten, dass der Levene-Test für Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen ergab, dass die Homoskedastizität zum t2-Messpunkt nicht gegeben war ($p < .05$). Zum t2-Messpunkt war diese gegeben. Gemäß Box-Test bestand zudem keine Gleichheit der Kovarianzmatrizen ($p < .05$).

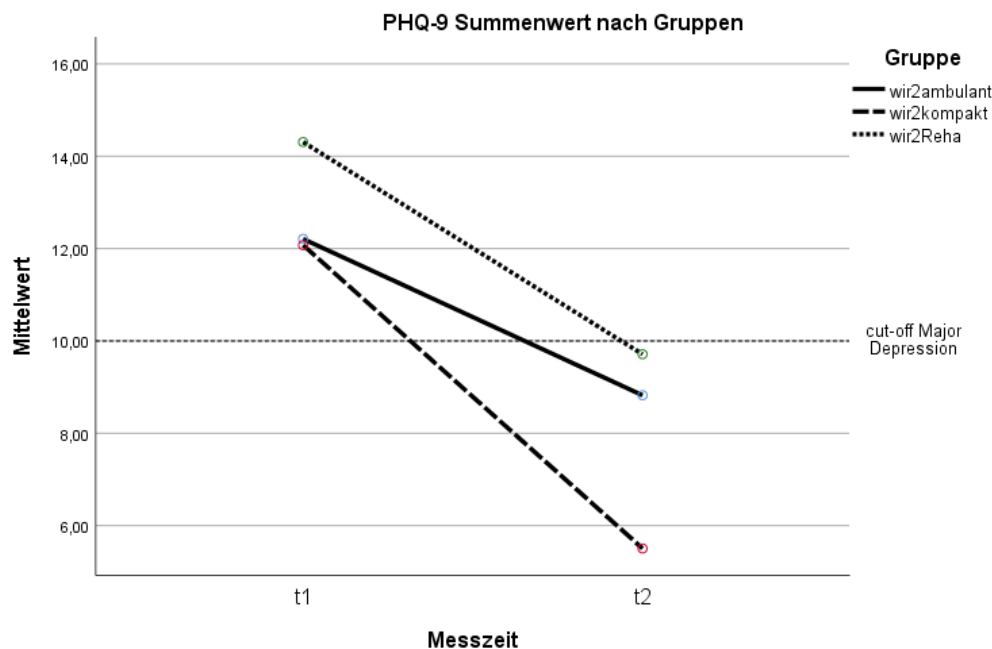


Abb. 4: Liniendiagramm zu den PHQ-9 Summenwerten zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwert; ; x-Achse = Messzeitpunkt; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9; cut-off Major Depression = Referenzwert

Im Weiteren wurde jeweils eine einfaktorielle Varianzanalyse für die drei Gruppen zum t1- und t2-Messpunkt zur Darstellung möglicher Unterschiede der Gruppen für den PHQ-9-Summenwert durchgeführt.

3.1.2.1 t1-Messpunkt

Deskriptive Statistik

Summenwert PHQ-9 t1

	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Std.-Fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
wir2ambulant	40	12,21	4,96	,79	10,62	13,80	3,00	22,00
wir2kompakt	89	12,10	5,44	,58	10,93	13,22	,00	24,00
wir2Reha	98	14,31	5,28	,53	13,25	15,36	2,00	27,00
Gesamt	227	13,06	5,38	,36	12,36	13,76	,00	27,00

Tabelle 6: **Deskriptive Statistik der Summenwerte des PHQ-9 der drei Gruppen zum t1-Messpunkt;**

N = Fallzahl; Std. = Standard

Wie in Tabelle 6 dargestellt, war der PHQ-9-Summenwert zum t1-Messpunkt in der wir2kompakt-Gruppe im Mittel am geringsten ausgeprägt ($M = 12,07$; $SD = 5,44$). Darüber lagen die Ausgangswerte der wir2ambulant-Gruppe ($M = 12,21$; $SD = 4,96$) und, mit größerem Abstand, der wir2Reha-Gruppe ($M = 14,31$; $SD = 5,28$). In Abbildung 5 sind diese Ergebnisse als Säulendiagramm veranschaulicht. Die Homoskedastizität war gemäß Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen gegeben ($p = .726$). Die einfaktorielle Varianzanalyse ergab, dass zum Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte vorlag ($F(2/224) = 4,78$; $p < .05$). Der daraufhin berechnete post-hoc-Tukey-Test ergab, dass sich nur die Gruppe wir2kompakt von der Gruppe wir2Reha zum t1-Messpunkt unterschied ($M_{\text{dif}} = -2,23$; $p < .05$). Die Gruppen wir2ambulant und wir2kompakt ($M_{\text{dif}} = 0,12$; $p = .99$) sowie wir2ambulant und wir2Reha ($M_{\text{dif}} = -2,10$; $p = .09$) unterschieden sich nicht signifikant zum t1 Messpunkt.

3.1.2.2 t2-Messpunkt

Deskriptive Statistik

Summenwert PHQ9 t2

	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Std.-Fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
wir2ambulant	40	8,82	4,69	,74	7,32	10,32	2,00	23,00
wir2kompakt	89	5,50	3,59	,38	4,75	6,26	,00	16,00
wir2Reha	98	9,71	6,09	,62	8,49	10,93	,00	25,00
Gesamt	227	7,91	5,35	,35	7,21	8,60	,00	25,00

Tabelle 7: **Deskriptive Statistik der Summenwerte des PHQ-9 der drei Gruppen zum t2-Messpunkt;**

N = Fallzahl; Std. = Standard

Nach dem wir2-Bindungstraining (zum t2-Messpunkt) war der PHQ-9-Summenwert in der wir2kompakt-Gruppe am niedrigsten ($M = 5,50$, $SD = 3,59$). Darüber lagen die Mittelwerte der wir2ambulant-Gruppe ($M = 8,82$; $SD = 4,69$) und wir2Reha-Gruppe ($M = 9,71$; $SD = 6,09$). Die Homoskedastizität war hier nicht gegeben (Levene-Test $p < .05$), sodass der Welch-Test und Games-Howell-post-hoc-Test als robuste Verfahren interpretiert wurden. Diese robusteren Verfahren ersetzen die Varianzanalyse und den Tukey-post-hoc-Test. Gemäß dem Welch-Test bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($F(2/102,92) = 20,31$; $p < .001$). Im Games-Howell-post-hoc-Test ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen wir2ambulant und wir2kompakt ($M_{dif} = 3,32$; $p < .05$) sowie wir2kompakt und wir2Reha ($M_{dif} = -4,21$; $p < .001$). Zwischen wir2ambulant und wir2Reha ergab sich zum Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ kein signifikanter Mittelwertunterschied ($M_{dif} = -0,89$; $p = .63$). Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 veranschaulicht.

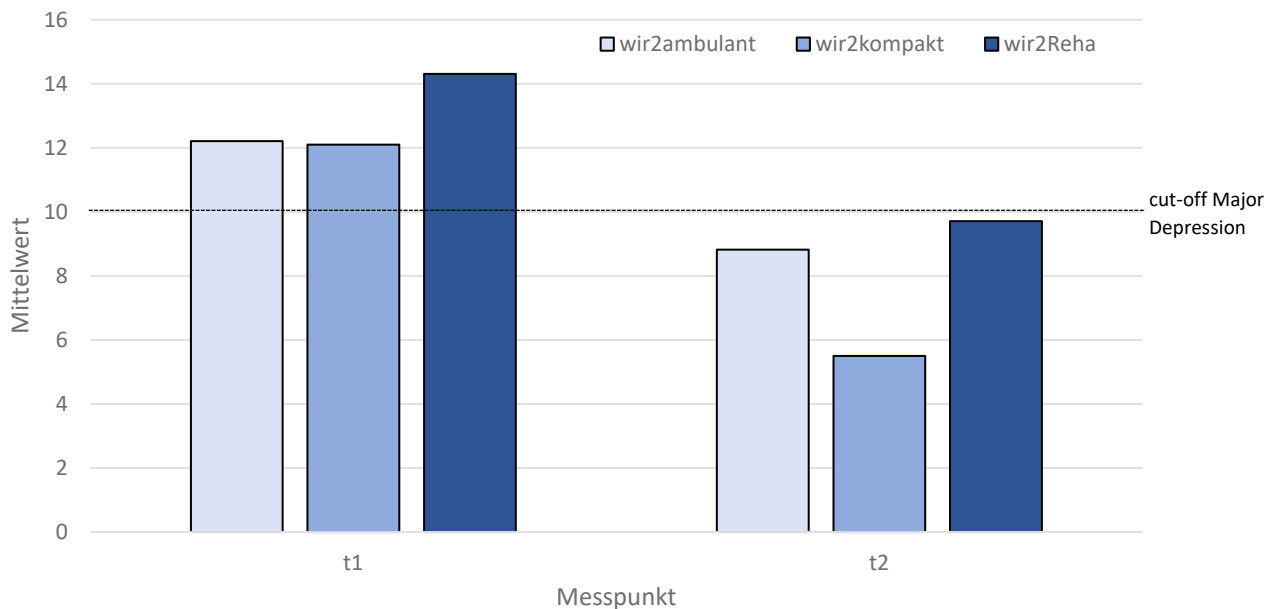


Abb. 5: Säulendiagramm zu den Summenwerten des PHQ-9 zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen; x-Achse = t1- und t2-Messpunkt; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9; cut-off Major Depression = Referenzwert

3.2 Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis - 49 (HEALTH-49)

3.2.1 Gepaarter t-Test des HEALTH-49

Die psychosoziale Gesamtbelastung, erfasst durch die einzelnen Module des HEALTH-49, wies in allen Gruppen einen höheren Mittelwert vor dem wir2-Bindungstraining, als nach dem wir2-Bindungstraining auf (siehe Tabelle 8). Zudem ist Tabelle 8 zu entnehmen, dass trotz einer Anpassung des Signifikanzniveaus für multiples Testen nach Bonferroni (1936) auf $\alpha = .005$ in einem Großteil der Module eine signifikante Abnahme der Mittelwerte zu verzeichnen war (signifikante Ergebnisse sind in Tabelle 8 fettgedruckt) (Bonferroni, 1936).

	wir2ambulant					wir2kompakt					wir2Reha				
	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	Effekt Messzeit t1-t2	Cohen's d _z	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	Effekt Messzeit t1-t2	Cohen's d _z	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	Effekt Messzeit t1-t2	Cohen's d _z
SOM	107	1,30 (0,87)	0,86 (0,72)	t(106)=6,03; p<.001	0,58	152	1,61 (0,84)	0,82 (0,64)	t(151)=13,57; p<.001	1,10	105	1,92 (0,99)	1,47 (0,98)	t(104)=5,89; p<.001	0,57
DEP	107	1,57 (0,94)	0,95 (0,79)	t(106)=7,43; p<.001	0,72	152	1,60 (0,84)	0,76 (0,62)	t(151)=14,20 p<.001	1,15	104	1,99 (0,99)	1,33 (1,03)	t(103)=7,35; p<.001	0,72
PHO	108	0,34 (0,53)	0,25 (0,51)	t(107)=2,07; p=.041 n.s.	0,20	154	0,44 (0,62)	0,19 (0,37)	t(153)=6,36; p<.001	0,51	105	0,86 (1,04)	0,48 (0,85)	t(104)=5,24; p<.001	0,51
PSB	108	1,13 (0,65)	0,73 (0,57)	t(107)=7,41; p<.001	0,71	154	1,29 (0,61)	0,63 (0,42)	t(153)=16,22; p<.001	1,31	105	1,64 (0,79)	1,15 (0,81)	t(104)=7,57; p<.001	0,74
WOHL	106	2,51 (0,71)	2,00 (0,69)	t(105)=7,38; p<.001	0,72	153	2,79 (0,62)	1,53 (0,75)	t(152)=19,71; p<.001	1,59	102	3,06 (0,71)	2,18 (0,95)	t(101)=11,09; p<.001	1,10
INT	108	1,83 (0,97)	1,25 (0,87)	t(107)=6,51; p<.001	0,63	151	1,88 (0,87)	1,02 (0,76)	t(150)=11,94; p<.001	0,97	104	2,02 (0,96)	1,42 (1,01)	t(103)=6,17; p<.001	0,60
SELB	105	1,74 (0,89)	1,32 (0,81)	t(104)=5,35; p<.001	0,52	150	1,87 (0,79)	1,14 (0,71)	t(149)=12,85; p<.001	1,05	104	2,20 (0,91)	1,75 (0,97)	t(103)=4,68; p<.001	0,46
AuP	100	1,92 (0,82)	1,46 (0,83)	t(99)=5,52; p<.001	0,55	145	1,98 (0,79)	1,11 (0,79)	t(144)= 11,50; p<.001	0,96	98	2,30 (0,91)	1,64 (0,93)	t(97)=7,15; p<.001	0,72
SOZU	103	1,98 (0,84)	1,70 (0,82)	t(102)=3,82; p<.001	0,38	152	1,59 (0,89)	1,47 (0,85)	t(151)=1,91; p=.057 n.s.	0,16	98	1,80 (1,00)	1,69 (0,94)	t(97)=1,57; p=.119 n.s.	0,16
SOZB	103	1,67 (0,82)	1,48 (0,77)	t(102)=2,73; p=.008 n.s.	0,27	152	1,57 (0,84)	1,33 (0,84)	t(151)=3,60; p<.001	0,29	98	1,90 (0,85)	1,43 (0,92)	t(97)=5,57; p<.001	0,56

Tabelle 8: **Vergleich der Mittelwerte des HEALTH-49 zum t1- und t2-Messpunkt**; Signifikanzniveau korrigiert nach Bonferroni $p = 0,005$; signifikante Ergebnisse sind fettgedruckt; Mittelwerte (M) des jeweiligen Moduls des HEALTH-49 mit Standardabweichung (SD) in Klammern; N = Fallzahl; t1 = Messpunkt vor der Intervention; t2 = Messpunkt nach der Intervention; SOM = Somatoforme Beschwerden; DEP = Depressivität; PHO = Phobische Ängste; PSB = Psychische und somatoforme Beschwerden (Summenwert); WOHL = Psychisches Wohlbefinden; INT = Interaktionelle Schwierigkeiten; SELB = Selbstwirksamkeit; AuP = Aktivität und Partizipation; SOZU = Soziale Unterstützung; SOZB = Soziale Belastung; Cohens d_z = standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholung nach Cohen; $p =$ Signifikanzniveau n.s. = nicht signifikant

Die stärksten Abnahmen in der **wir2ambulant**-Gruppe waren in den Modulen „Depressivität“ (DEP), „Interaktionelle Schwierigkeiten“ (INT) und „Wohlbefinden“ (WOHL) zu verzeichnen (siehe Tabelle 8). Auf der Skala „Depressivität“ sank der Mittelwert nach der Intervention signifikant um 39,34% von $M_{t1} = 1,57$ auf $M_{t2} = 0,95$ ($M_{dif} = 0,62$) ($t(106) = 7,43$; $p < .001$). Da die Skalen „Wohlbefinden“ (WOHL), „Selbstwirksamkeit“ (SELB) und „Soziale Unterstützung“ (SOZU) umgepolzt werden, ist somit eine Zunahme des Wohlbefindens, der Selbstwirksamkeit und der sozialen Unterstützung beschrieben. Hierbei nahm insbesondere das psychische Wohlbefinden zu. Die umgepolzten Werte des Moduls „Psychisches Wohlbefinden“ sanken von $M_{t1} = 2,51$ auf $M_{t2} = 2,00$ um 20,32% ($M_{dif} = 0,53$; $t(105) = 7,38$; $p < .001$).

In der dreiwöchigen Rehabilitation (**wir2kompakt**) verbesserten sich am stärksten die Module „Psychisches Wohlbefinden“ (WOHL) und „Interaktionelle Schwierigkeiten“ (INT) sowie „Aktivität und Partizipation“, dicht gefolgt von dem Modul für „Depressivität“ (DEP). Der umgepolzte Wert für das „Psychische Wohlbefinden“ sank hierbei von $M_{t1} = 2,79$ auf $M_{t2} = 1,53$, also um 45,19% ($M_{dif} = 1,26$). Der gepaarte t-Test ergab hierbei einen statistisch signifikanten Unterschied vom t1- zum t2-Messpunkt ($t(152) = 19,71$; $p < .001$).

Im Rahmen von **wir2Reha** zeigten sich die gravierendsten Verbesserungen in den Modulen „Psychisches Wohlbefinden“ (WOHL), „Aktivität und Partizipation“ (AuP) und „Depressivität“ (DEP). Die umgepolzten Werte des Moduls „Psychisches Wohlbefinden“ sanken von $M_{t1} = 3,06$ um 28,82 % auf $M_{t2} = 2,18$ ($M_{dif} = 0,88$; $t(101) = 11,09$; $p < .001$) und des Moduls „Aktivität und Partizipation“ von $M_{t1} = 2,30$ auf $M_{t2} = 1,64$ um 28,87% ($M_{dif} = 0,66$; $t(97) = 7,15$; $p < .001$). Im Modul „Depressivität“ nahm der HEALTH-49-Wert im Mittel von $M_{t1} = 1,99$ auf $M_{t2} = 1,33$ ab. Somit reduzierte sich der Wert für Depressivität um 33,30% nach der Intervention ($M_{dif} = 0,66$; $t(103) = 7,35$; $p < .001$).

3.2.1.1 Somatoforme Beschwerden (SOM)

Wie in Abbildung 6 zu erkennen ist, hatten die Teilnehmer von wir2Reha im Modul „Somatoforme Beschwerden“ im Mittel den höchsten Ausgangswert und die Teilnehmer von wir2ambulanz den niedrigsten Ausgangswert der drei Gruppen. In allen Gruppen konnte dieser Wert vom t1- zum t2-Messpunkt signifikant gesenkt werden ($p < .001$; siehe Tabelle 8). Die größte Abnahme war in der wir2kompakt-Gruppe zu verzeichnen ($M_{\text{diff t1-t2}} = 0,80$; $t(151) = 13,57$; $p < .001$), gefolgt von der wir2Reha- ($M_{\text{diff t1-t2}} = 0,44$; $t(104) = 5,89$; $p < .001$) und wir2ambulanz-Gruppe ($M_{\text{diff t1-t2}} = 0,44$; $t(106) = 6,03$; $p < .001$). Die standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen nach Cohen für den Vergleich des t1- zum t2-Messpunktes ergab, dass in der wir2ambulanz-Gruppe eine Effektstärke von $d_z = 0,58$ vorlag. Die wir2kompakt-Gruppe erreichte eine Effektstärke von $d_z = 1,10$ und die wir2Reha-Gruppe von $d_z = 0,57$.

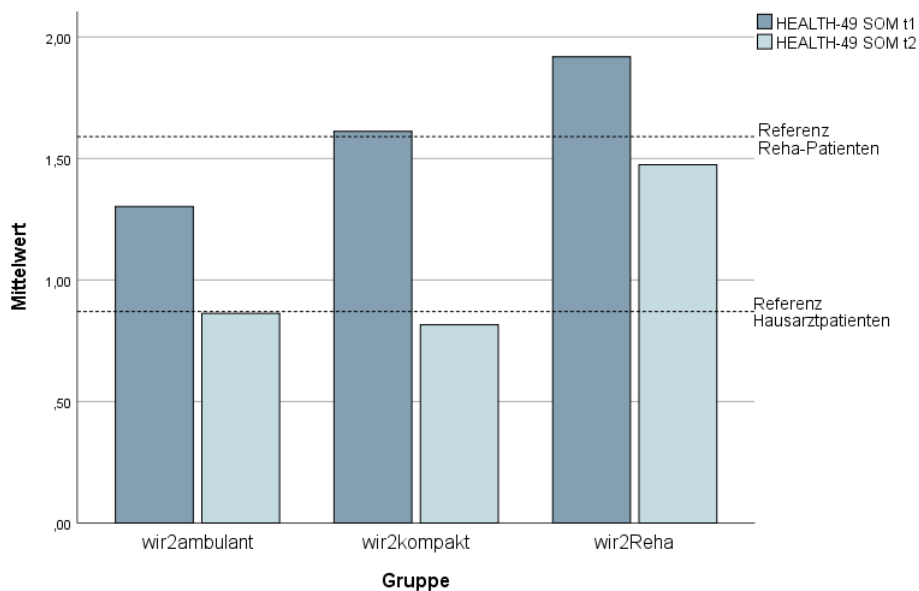


Abb. 6: Säulendiagramm zum Modul „Somatoforme Beschwerden“ zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.2 Depressivität (DEP)

Im HEALTH-49 wurde ebenfalls die Depressivität erfasst. Wie auch im PHQ-9 ergab sich die höchste Ausgangsbelastung für die wir2Reha-Gruppe ($M = 1,99$; $SD = 0,99$). Die wir2ambulant- und wir2kompakt-Gruppen lagen zum t1-Messpunkt, wie auch im PHQ-9, auf ähnlichem Niveau (wir2ambulant: $M = 1,57$; $SD = 0,94$; wir2kompakt: $M = 1,60$; $SD = 0,84$). Hier lag der t1-Wert der wir2kompakt-Gruppe jedoch über dem Wert der wir2ambulant-Gruppe (siehe Tabelle 8). Nach der Intervention sanken die Belastungswerte in der wir2kompakt-Gruppe am stärksten ($M_{diff\ t1-t2} = 0,84$; $t(151) = 14,20$; $p < .001$). In den beiden anderen Gruppen war eine Abnahme von $M_{diff\ t1-t2} = 0,62$ (wir2ambulant: $t(106) = 7,43$; $p < .001$) und $M_{diff\ t1-t2} = 0,66$ (wir2Reha: $t(103) = 7,35$; $p < .001$) zu verzeichnen. Die Mittelwertunterschiede zwischen t1- und t2-Messpunkt waren in allen Gruppen statistisch signifikant. Die Effektstärke d_z nach Cohen belief sich in der wir2ambulant-Gruppe auf $d_z = 0,72$, in der wir2Reha-Gruppe ebenfalls auf $d_z = 0,72$ und in der wir2kompakt-Gruppe auf $d_z = 1,15$.

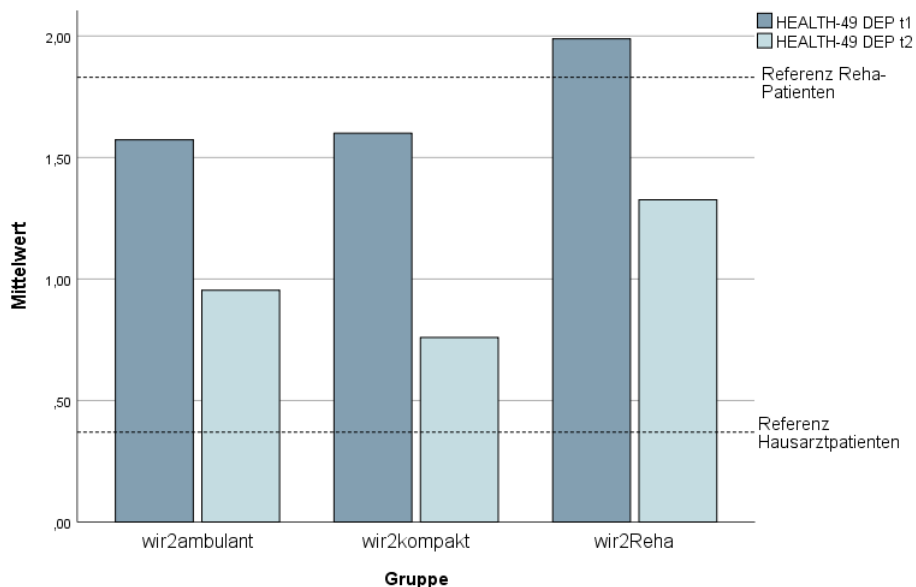


Abb. 7: Säulendiagramm zum Modul „Depressivität“ zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.3 Phobische Ängste (PHO)

Das Modul „Phobische Ängste“ stellte in allen erfassten Settings (wir2ambulant, wir2kompakt und wir2Reha) das Modul mit der geringsten Ausprägung (geringster Punktwert im Mittel) im HEALTH-49 dar. In der wir2Reha-Gruppe zeigte sich dennoch eine Ausgangsbelastung vor der Intervention von $M_{t1} = 0,86$ (SD = 1,04). Die Abnahme dieses Mittelwertes war in der wir2ambulant-Gruppe für das nach Bonferroni (1936) korrigierte Signifikanzniveau $\alpha = .005$ nicht signifikant ($t(107) = 2,07$; $p = .041$ n.s.), in der wir2kompakt- und wir2Reha-Gruppe jedoch signifikant (wir2kompakt: $t(153) = 6,36$; $p < .001$; wir2Reha: $t(104) = 5,24$; $p < .001$). Die standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen nach Cohen erreichte bei wir2ambulant eine Effektstärke von $d_z = 0,20$. Die beiden anderen Gruppen erzielten eine größere Effektstärke von $d_z = 0,51$ (wir2kompakt) und $d_z = 0,51$ (wir2Reha).

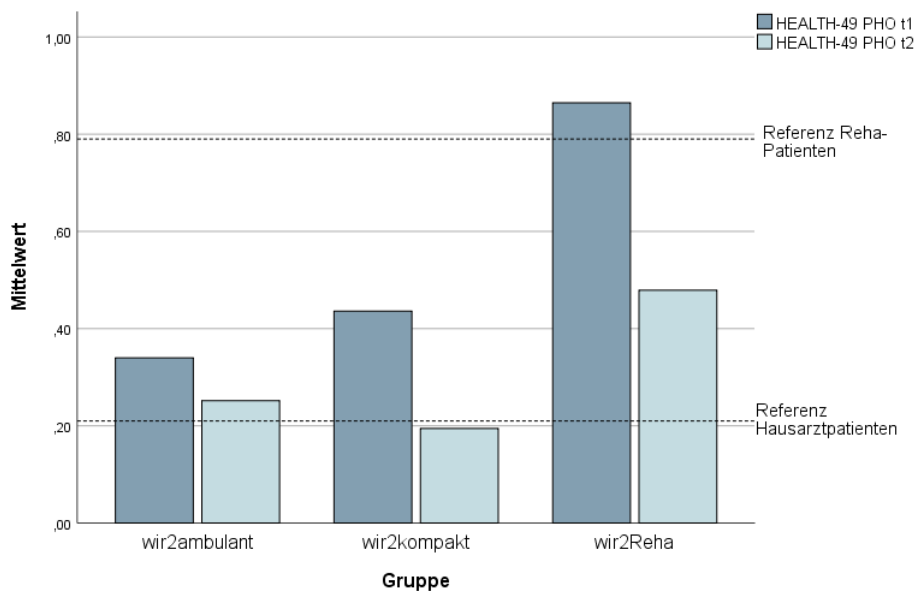


Abb. 8: Säulendiagramm zum Modul „Phobische Ängste“ zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.4 Psychische und somatoforme Beschwerden (PSB)

Das Modul „Psychische und somatoforme Beschwerden“ (PSB) setzt sich aus den beschriebenen Untermodulen „Somatoforme Beschwerden“, „Depressivität“ und „Phobische Ängste“ zusammen. Dieser Summenwert zeigte sich zum t1-Messpunkt in aufsteigender Reihenfolge von wir2ambulant ($M = 1,13$; $SD = 0,65$) über wir2kompakt ($M = 1,29$; $SD = 0,61$) hin zu wir2Reha ($M = 1,64$ $SD = 0,79$) erhöht. In allen Gruppen kam es zu einer signifikanten Abnahme dieses Belastungswertes nach der Intervention (wir2ambulant: $t(107) = 7,41$; $p < .001$; wir2kompakt: $t(153) = 16,22$; $p < .001$; wir2Reha: $t(104) = 7,57$; $p < .001$). Wie in Abbildung 9 zu erkennen ist, sank der PSB-Wert in der wir2kompakt-Gruppe stärker als in den anderen beiden Gruppen ($M_{\text{dif } 1-2} = 0,66$) und es zeigte sich auch die höchste Effektstärke in dieser Gruppe (Cohens $d_z = 1,31$).

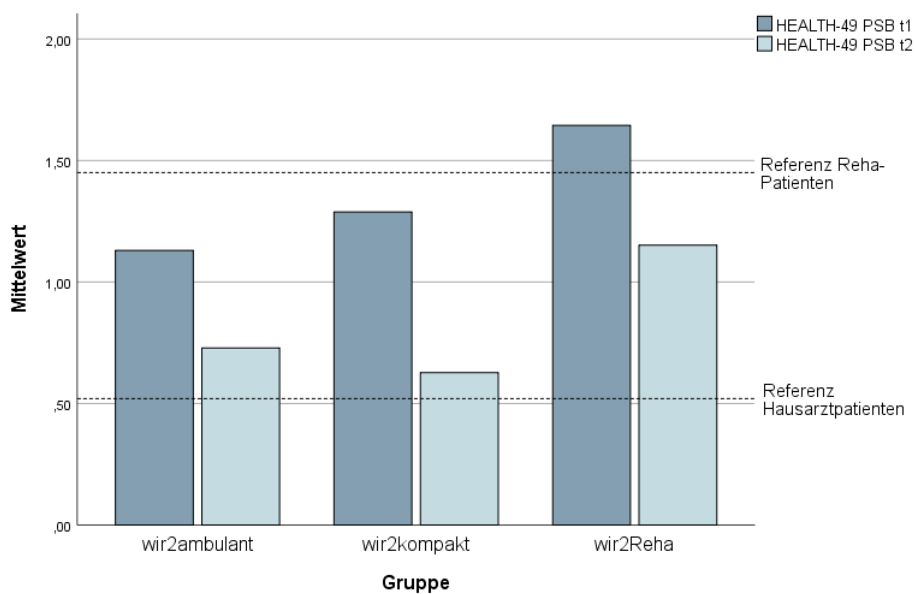


Abb. 9: Säulendiagramm zum Modul „Psychische und somatoforme Beschwerden“ zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.5 Psychisches Wohlbefinden (WOHL)

Im Modul psychisches Wohlbefinden, welches umgepolt wurde, zeigte sich in allen Gruppen eine signifikante Abnahme des Mittelwertes vom t1-Messpunkt zum t2-Messpunkt (wir2ambulant: $t(105) = 7,38$; $p < .001$; wir2kompakt: $t(152) = 19,71$; $p < .001$; wir2Reha: $t(101) = 11,09$; $p < .001$). Wie Abbildung 10 entnommen werden kann, war die Ausgangsbelastung in der wir2Reha-Gruppe am höchsten ($M = 3,06$; $SD = 0,71$) und in der wir2ambulant Gruppe am geringsten ($M = 2,51$; $SD = 0,71$). Die höchste Effektstärke der gesamten Untersuchung des HEALTH-49 wurde in der wir2kompakt-Gruppe in diesem Modul erreicht (Cohen's $d_z = 1,59$). wir2Reha erzielte eine Effektstärke von $d_z = 1,10$ und wir2ambulant von $d_z = 0,72$.

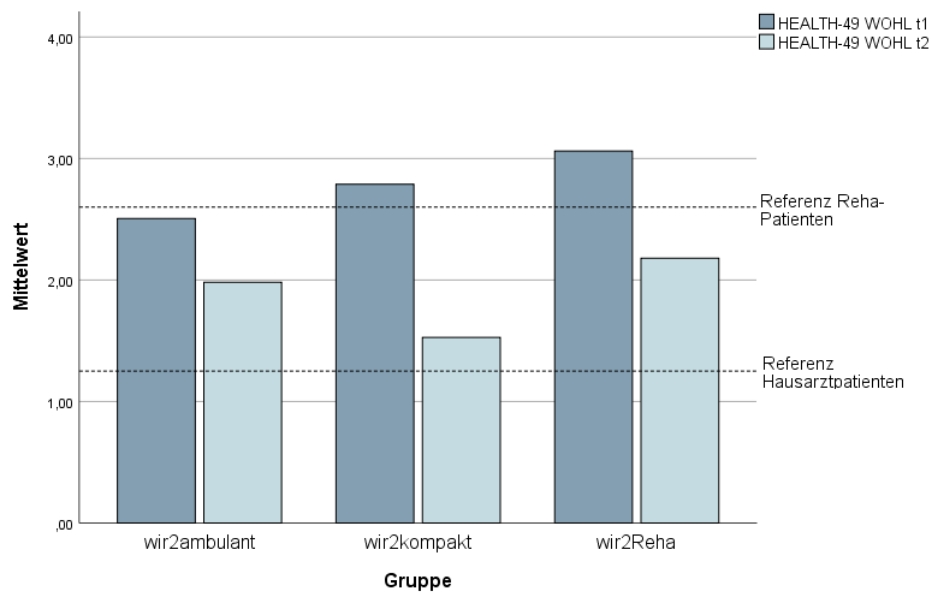


Abb. 10: Säulendiagramm zum Modul „Psychisches Wohlbefinden“ zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.6 Interaktionelle Schwierigkeiten (INT)

Wie in Abbildung 11 veranschaulicht, zeigte sich auch im Modul „Interaktionelle Schwierigkeiten“, dass die Ausgangsbelastung in der wir2Reha-Gruppe am größten ($M = 2,02$; $SD = 0,96$) und in der wir2ambulant-Gruppe am geringsten war (siehe Tabelle 8). Nach dem Bindungstraining nahm dieser Belastungswert im Mittel in allen drei Gruppen signifikant ab (wir2ambulant: $t(107) = 6,51$; $p < .001$; wir2kompakt: $t(150) = 11,94$; $p < .001$; wir2Reha: $t(103) = 6,17$; $p < .001$). Die größte Effektstärke wurde bei wir2kompakt erreicht ($d_z = 0,97$) gefolgt von wir2ambulant ($d_z = 0,63$) und wir2Reha ($d_z = 0,60$).

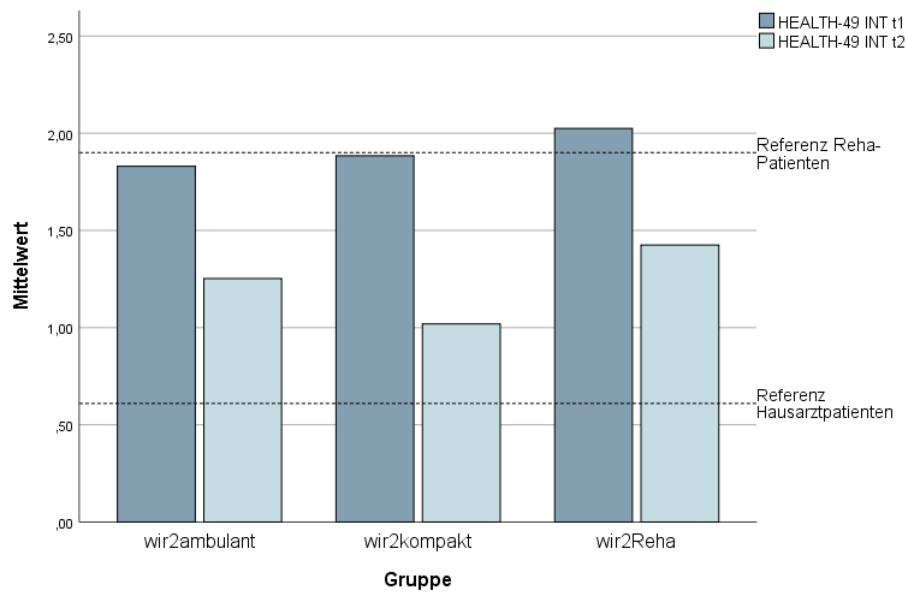


Abb. 11: Säulendiagramm zum Modul „Interaktionelle Schwierigkeiten“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.7 Selbstwirksamkeit (SELB)

Das Modul „Selbstwirksamkeit“ des HEALTH-49 ist ein weiteres Modul, welches vor der Auswertung umgepolt werden musste. Die Reduktion des Mittelwertes zum t2-Messpunkt beschreibt eine Zunahme der Selbstwirksamkeit (siehe Abbildung 12). Wie in Abbildung 12 zu erkennen, war die Ausgangsbelastung in den drei Gruppen gestaffelt. Hierbei war die Ausgangsbelastung im Durchschnitt in der wir2Reha-Gruppe am größten ($M = 2,20$; $SD = 0,91$). In allen Gruppen ergab sich nach der Intervention eine signifikante Abnahme des Mittelwertes (wir2ambulant: $t(104) = 5,35$; $p < .001$; wir2kompakt: $t(149) = 12,85$; $p < .001$; wir2Reha: $t(103) = 4,68$; $p < .001$). Die Effektstärke betrug in der wir2kompakt-Gruppe $d_z = 1,05$ und lag damit über der Effektstärke in der wir2ambulant-Gruppe ($d_z = 0,52$) und wir2Reha-Gruppe ($d_z = 0,46$).

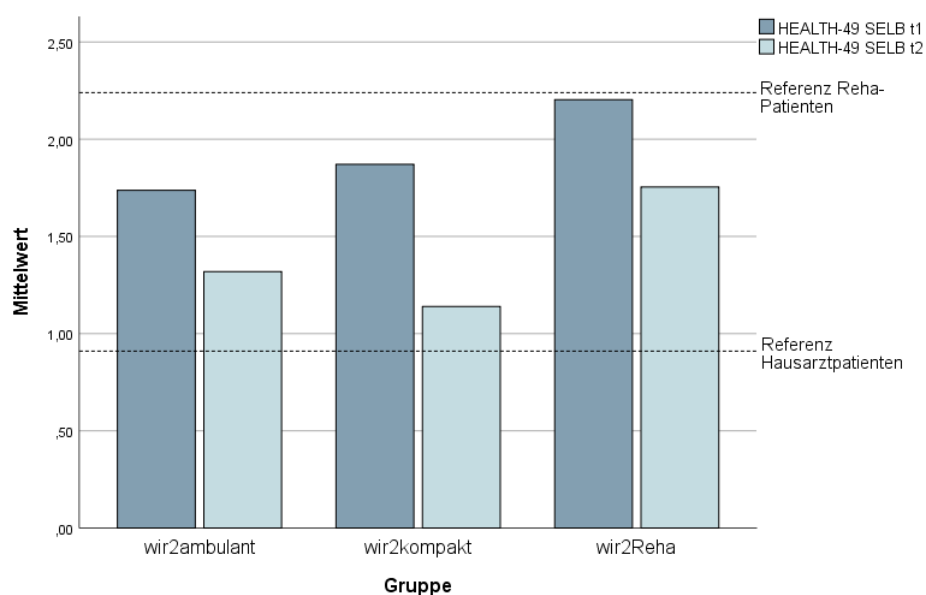


Abb. 12: Säulendiagramm zum Modul „Selbstwirksamkeit“ zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.8 Aktivität und Partizipation (A&P)

Auch die „Aktivität und Partizipation“ wurden in allen Gruppen nach der Intervention besser als vor der Intervention bewertet. So ist in Abbildung 13 zu erkennen, dass der umgepolte Mittelwert in allen Gruppen zum t2-Messpunkt abgenommen hat. Dementsprechend stellt dies eine Zunahme der „Aktivität und Partizipation“ dar. Diese war, wie in Tabelle 8 aufgeführt, in den drei Gruppen zum Signifikanzniveau $\alpha = .005$ signifikant (wir2ambulant: $t(99) = 5,52$; $p < .001$; wir2kompakt: $t(144) = 11,50$; $p < .001$; wir2Reha: $t(97) = 7,15$; $p < .001$). wir2kompakt erzielte auch in diesem Modul die höchste Effektstärke (Cohen's $d_z = 0,96$) gefolgt von wir2Reha (Cohen's $d_z = 0,72$) und wir2ambulant (Cohen's $d_z = 0,55$).

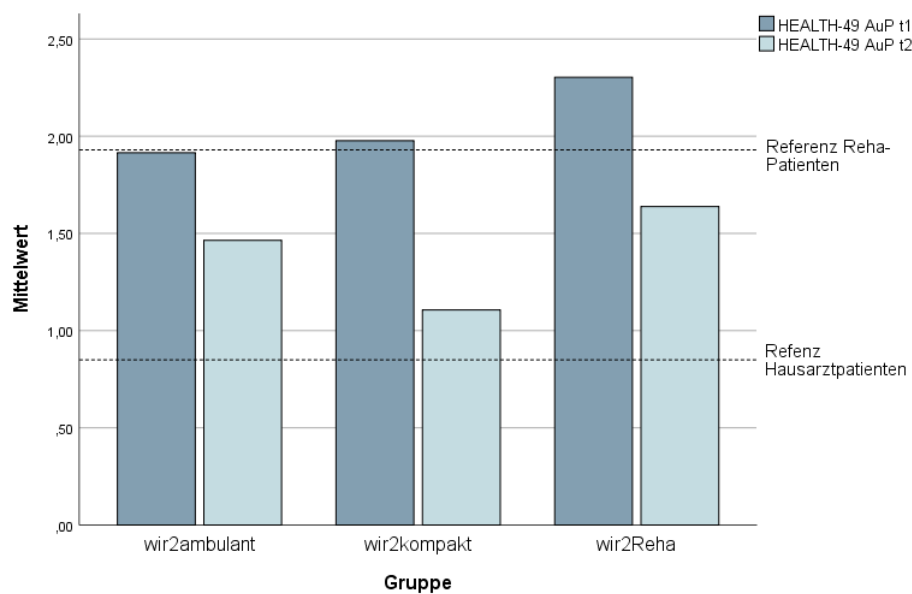


Abb. 13: Säulendiagramm zum Modul „Aktivität und Partizipation“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.9 Soziale Unterstützung (SOZU)

Neben der psychischen und somatischen Symptombelastung wurden mittels der Module „Soziale Unterstützung“ und „Soziale Belastung“ des HEALTH-49 auch die unmittelbaren sozialen Veränderungen nach der Intervention erfasst. Das Modul „Soziale Unterstützung“ wurde vor der Auswertung umgepolt. Ein hoher Wert spiegelt somit eine niedrige soziale Unterstützung wieder. Wie in Abbildung 14 dargestellt, war der Ausgangswert dieses Moduls in der wir2ambulant-Gruppe am größten und in der wir2kompakt-Gruppe am geringsten (wir2ambulant: $M_{t_1} = 1,98$, $SD = 0,84$); wir2kompakt: $M_{t_1} = 1,59$; $SD = 0,89$; wir2Reha: $M_{t_1} = 1,80$; $SD = 1,00$). Die Teilnehmer bewerteten in allen Gruppen zum t2-Messpunkt ihre soziale Unterstützung höher, als vor dem wir2-Bindungstraining (wir2ambulant: $M_{\text{dif } t_1-t_2} = 0,28$; wir2kompakt: $M_{\text{dif } t_1-t_2} = 0,12$; wir2Reha: $M_{\text{dif } t_1-t_2} = 0,11$). Die dargestellte Abnahme der Werte impliziert eine Zunahme der sozialen Unterstützung vom t1- zum t2-Messpunkt. Im Rahmen des t-Tests zum Vergleich der Mittelwerte zwischen t1- und t2-Messpunkt der jeweiligen Gruppe erreichte nur die wir2ambulant-Gruppe das Signifikanzniveau $\alpha = .005$ (wir2ambulant: $t(102) = 3,82$; $p < .001$; wir2kompakt: $t(151) = 1,91$; $p = .057$ n.s.; wir2Reha: $t(97) = 1,57$; $p = .119$ n.s.). Die Effektstärken beliefen sich auf $d_z = 0,38$ bei wir2ambulant, $d_z = 0,16$ in der wir2kompakt-Gruppe und $d_z = 0,16$ in der wir2Reha-Gruppe.

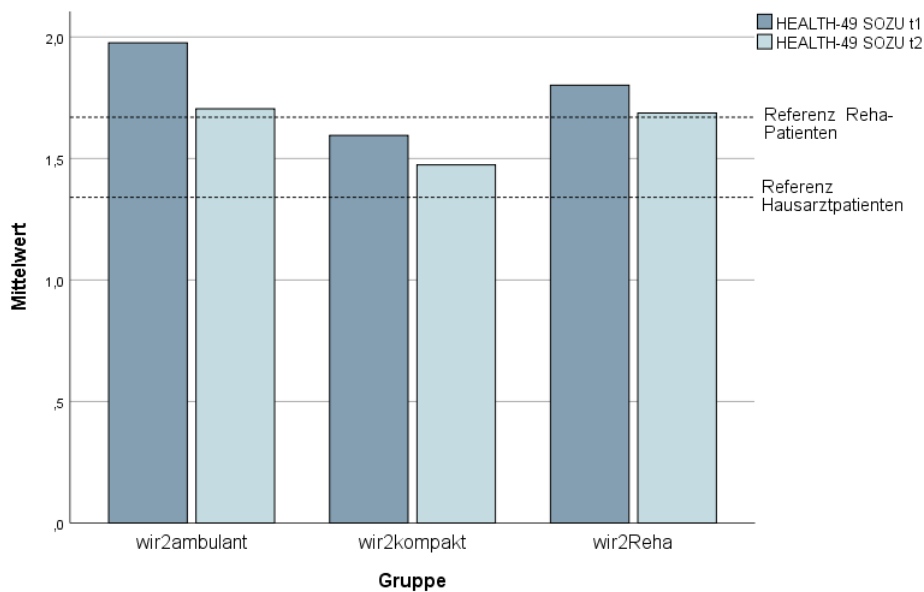


Abb. 14: Säulendiagramm zum Modul „Soziale Unterstützung“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.1.10 Soziale Belastung (SOZB)

In Einklang mit der Zunahme der sozialen Unterstützung, bewerteten die Teilnehmer im Mittel ihre soziale Belastung nach der Intervention geringer, als vor der Intervention (wir2ambulant: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,19$; wir2kompakt: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,24$; wir2Reha: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,47$). Hierbei gaben die Teilnehmer im Mittel den höchsten Belastungswert vor der Intervention in der wir2Reha-Gruppe an, gefolgt von der wir2ambulant- und wir2kompakt-Gruppe (siehe Tabelle 8 und Abbildung 15). Diese Abnahme erreichte in den Gruppen wir2kompakt und wir2Reha das Signifikanzniveau von $\alpha = .005$ (wir2kompakt: $t(151) = 3,60$; $p < .001$; wir2Reha: $t(97) = 5,57$; $p < .001$), während die wir2ambulant-Gruppe dieses Signifikanzniveau knapp nicht erreichte ($t(102) = 2,73$; $p = .008$ n.s). Die Effektstärken lagen bei $d_z = 0,27$ (wir2ambulant), $d_z = 0,29$ (wir2kompakt) und $d_z = 0,56$ (wir2Reha).

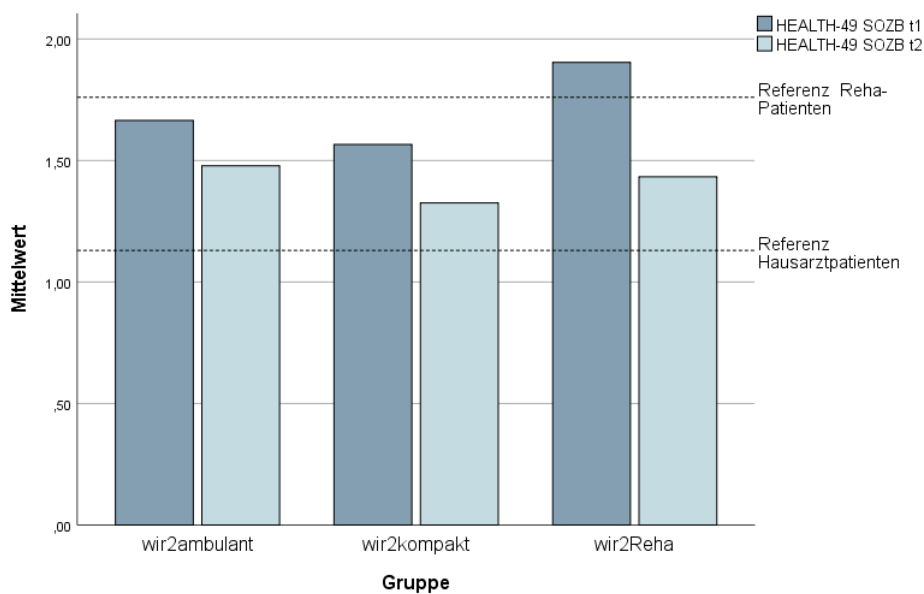


Abb. 15: Säulendiagramm zum Modul „Soziale Belastung“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.2.2 Varianzanalyse des HEALTH-49-PSB-Summenwert

Im Rahmen der univariaten Varianzanalyse mit dem dreifach gestuften Zwischensubjektfaktor der Gruppenzugehörigkeit und dem zweifach gestuften Innersubjektfaktor der Messzeit für den PSB-Summenwert des HEALTH-49 zeigte sich, dass ein signifikanter Messzeit x Gruppe-Interaktionseffekt vorlag ($F(2/364) = 6,96$; $p < .002$; partielles $\eta^2 = .037$).

Der Levene-Test für Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen ergab, dass die Homoskedastizität nicht gegeben war ($p < .05$). Ebenso war die Homogenität der Kovarianzmatrizen gemäß dem Box-Test nicht vorhanden ($p < .05$).

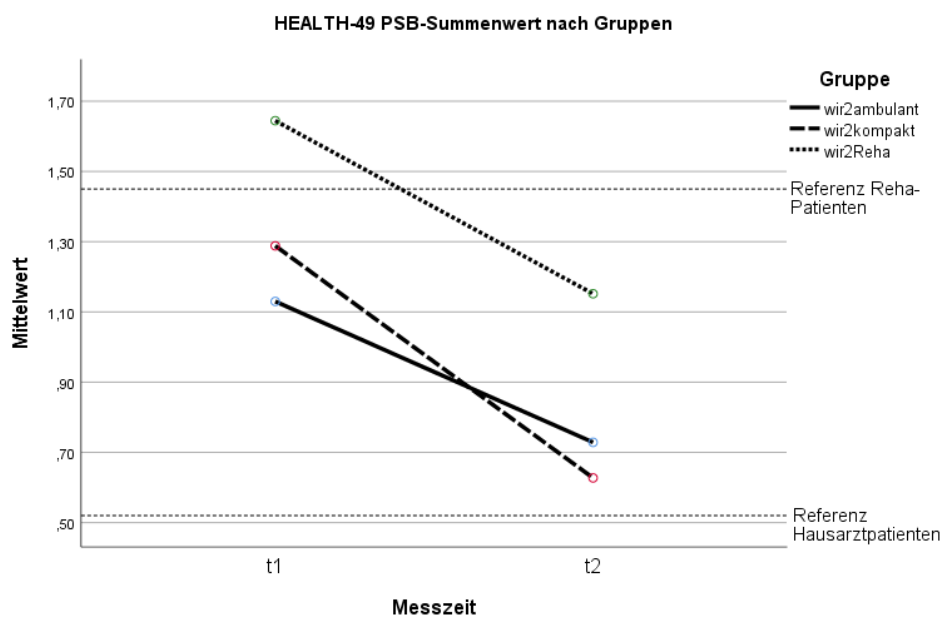


Abb. 16: Liniendiagramm der HEALTH-49 PSB-Summenwerte zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; x-Achse = Messzeitpunkt; t1 = t1-Messpunkt; t2 = t2-Messpunkt; y-Achse = Mittelwert des HEALTH-49 PSB-Summenwertes

Im Weiteren wurde jeweils eine einfaktorielle Varianzanalyse für die drei Gruppen zum t1- und t2-Messpunkt zur Darstellung möglicher Unterschiede der Gruppen für den PSB-Summenwert des HEALTH-49 durchgeführt.

Deskriptive Statistik

PSB-Summenwert t1

	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Std.-Fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
wir2ambulant	108	1,13	,65	,063	1,01	1,25	,11	2,73
wir2kompakt	154	1,29	,61	,049	1,19	1,38	,00	2,89
wir2Reha	105	1,64	,79	,077	1,49	1,80	,11	3,72
Gesamt	367	1,34	,71	,037	1,27	1,42	,00	3,72

Tabelle 9: Deskriptive Statistik der PSB-Summenwerte des HEALTH-49 der drei Gruppen zum t1-Messpunkt; N = Fallzahl; Std. = Standard

Wie in Abbildung 17 dargestellt, nimmt die Ausgangsbelastung (t1-Messpunkt), gemessen durch den PSB-Summenwert, von der Gruppe wir2ambulant ($M = 1,13$; $SD = 0,65$) über wir2kompakt ($M = 1,29$; $SD = 0,61$) hin zu wir2Reha ($M = 1,64$; $SD = 0,79$) zu.

Da nach dem Levene-Test keine Gleichheit der Varianzen gegeben war ($p < .05$), wurden im Weiteren eine Welch-Varianzanalyse und der Games-Howell post-hoc Test durchgeführt. Eine Berechnung der Effektstärke konnte daher nicht durchgeführt werden.

Der Welch-Test ergab, dass sich die psychischen und somatoformen Beschwerden in ihrer Ausprägung (PSB-Summenwert) zum t1-Messpunkt signifikant in den drei Gruppen voneinander unterschieden ($F(2/215,64) = 13,50$; $p < .01$). Gemäß dem Games-Howell post hoc-Test ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen wir2ambulant und wir2Reha ($M_{dif} = -0,51$; $p < .001$) sowie zwischen den Gruppen wir2kompakt und wir2Reha ($M_{dif} = -0,36$; $p < .001$). Zwischen den Gruppen wir2ambulant und wir2kompakt konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($M_{dif} = -0,16$; $p = .117$).

Deskriptive Statistik

PSB-Summenwert t2

	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Std.-Fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
wir2ambulant	108	,73	,57	,055	,63	,84	,00	2,67
wir2kompakt	154	,63	,42	,034	,56	,69	,00	2,17
wir2Reha	105	1,15	,81	,079	,99	1,31	,00	3,61
Gesamt	367	,81	,64	,033	,74	,87	,00	3,61

Tabelle 10: Deskriptive Statistik der PSB-Summenwerte des HEALTH-49 der drei Gruppen zum t2-Messpunkt; N = Fallzahl; Std. = Standard

Zum t2-Messpunkt ergab sich der niedrigste PSB-Summenwert im Mittel in der wir2kompakt-Gruppe (M = 0,63; SD = 0,42) gefolgt von der wir2ambulant-Gruppe (M = 0,73; SD = 0,57) und wir2Reha-Gruppe (M = 1,15; SD = 0,81). In Abbildung 17 sind die deskriptiven Ergebnisse veranschaulicht.

Der Levene-Test ergab hierbei ebenfalls, dass keine Homoskedastizität gegeben war ($p < .05$), sodass der Welch Test und Games-Howell post-hoc-Test berechnet wurden.

Laut des durchgeführten Welch-Tests unterschieden sich die Mittelwerte des PSB-Summenwertes in den drei Gruppen signifikant voneinander ($F(2/195,46) = 18,42$; $p < .001$). Der Games-Howell-post-hoc Test zeigte, dass sich die Gruppen wir2ambulant und wir2Reha ($M_{dif} = -0,42$; $p < .001$) sowie wir2kompakt und wir2Reha ($M_{dif} = -0,52$; $p < .001$) signifikant unterschieden, während zwischen wir2ambulant und wir2kompakt kein signifikanter Unterschied ($M_{dif} = 0,10$; $p = 0,262$) bestand.

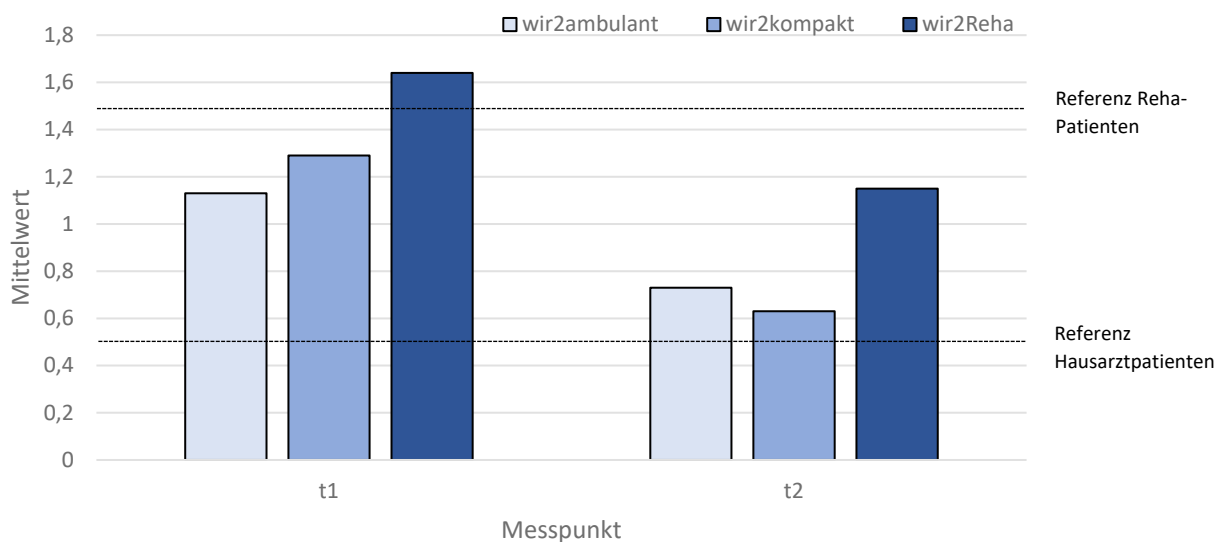


Abb. 17: Säulendiagramm zu den PSB-Summenwerten des HEALTH-49 zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen; x-Achse = t1- und t2-Messpunkt; y-Achse = Mittelwert des HEALTH-49

3.3 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

3.3.1 Gepaarter t-Test des SDQ

Wie Tabelle 11 zu entnehmen ist, bewerteten die Teilnehmer nach Abschluss der wir2-Gruppen das Verhalten ihrer Kinder im Mittel als gebessert. Die Werte für „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ nahmen ab, während das „Prosoziale Verhalten“ (als positiver Parameter) zunahm. Das Signifikanzniveau wurde nach der Korrektur für multiples Testen nach Bonferroni (Bonferroni, 1936) bei insgesamt sechsfacher Testung pro Gruppe auf $\alpha = .0083$ gesetzt. Als Referenzlinie ist der Grenzwert für „unauffälliges“ und „grenzwertiges“ Verhalten nach Woerner et. al. (2002) in den Grafiken eingezeichnet. Demnach gilt das Verhalten der Kinder bis zum diesem Grenzwert als „unauffällig“ bzw. als „grenzwertig“ (Woerner et al., 2002).

Die Reduktion der Belastungswerte vom t1- zum t2-Messpunkt erreichte einzig auf der Skala „Emotionale Probleme“ in allen wir2-Varianten das korrigierte Signifikanzniveau. Die Reduktion der mittleren Belastung war in den übrigen Skalen der wir2ambulant-Variante statistisch nicht signifikant. Anders stellte sich die Situation bei wir2kompakt und wir2Reha dar. Im Rahmen von wir2kompakt war die Reduktion der Mittelwerte zum t2-Messpunkt in sämtlichen Skalen mit Ausnahme der Skala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ statistisch signifikant. Bei wir2Reha erreichte die durchschnittliche Abnahme der Mittelwerte ebenfalls das gesetzte Signifikanzniveau mit Ausnahme der Skalen „Verhaltensprobleme“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (siehe Tabelle 11).

	wir2ambulant					wir2kompakt					wir2Reha				
	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	Effekt Messzeit t1-t2	Cohen's d _z	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	Effekt Messzeit t1-t2	Cohen's d _z	N	t1 M (SD)	t2 M (SD)	Effekt Messzeit t1-t2	Cohen's d _z
SUM	125	11,52 (6,38)	10,34 (6,19)	t(124)=2,63; p=.010 n.s.	0,24	210	12,73 (5,87)	10,27 (5,51)	t(209)=7,81; p<.001	0,54	123	12,60 (6,70)	10,80 (6,27)	t(122)=3,82; p<.001	0,34
EMO	126	2,92 (2,48)	2,36 (2,15)	t(125)=3,00; p<.004	0,27	212	3,42 (2,48)	2,70 (2,22)	t(211)=5,28; p<.001	0,36	124	3,48 (2,72)	2,65 (2,42)	t(123)=4,25; p<.001	0,38
VER	126	2,71 (2,14)	2,47 (1,99)	t(125)=1,50; p=.135 n.s.	0,13	210	2,74 (1,80)	2,11 (1,59)	t(209)=5,86; p<.001	0,40	124	2,69 (1,90)	2,40 (1,83)	t(123)=1,97; p=.051 n.s.	0,18
HYP	126	4,11 (2,77)	3,87 (2,54)	t(125)=1,24; p=.217 n.s.	0,11	210	4,62 (2,67)	3,74 (2,25)	t(209)=6,53; p<.001	0,45	123	4,51 (2,82)	3,89 (2,65)	t(122)=3,62; p<.001	0,33
VER-G	125	1,90 (1,82)	1,78 (1,90)	t(124)=0,88; p=.381 n.s.	0,08	211	1,96 (1,93)	1,72 (1,83)	t(210)=2,35; p=.020 n.s.	0,16	124	1,94 (1,86)	1,84 (1,81)	t(123)=0,58; p=.563 n.s.	0,05
PRO	126	7,46 (1,71)	7,86 (1,57)	t(125)=-2,59; p=.011 n.s.	0,23	212	7,45 (1,88)	7,84 (1,87)	t(211)=-3,57; p<.001	0,24	124	7,62 (1,91)	8,06 (1,72)	t(123)=-2,90; p<.005	0,26

Tabelle 11: Vergleich der Mittelwerte des SDQ zum t1- und t2-Messpunkt; Signifikanzniveau korrigiert nach Bonferroni $p=0,0083$; signifikante Ergebnisse sind fettgedruckt; Mittelwerte (M) der jeweiligen Skala des SDQ mit Standardabweichung (SD) in Klammern; N = Fallzahl; t1 = Messpunkt vor der Intervention; t2 = Messpunkt nach der Intervention; SUM = Gesamtproblemwert; EMO = Emotionale Probleme; VER = Verhaltensprobleme; HYP = Hyperaktivität; VER-G = Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen; PRO = Prosoziales Verhalten; Cohens d_z = standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholung nach Cohen; p= Signifikanzniveau; n.s.= nicht signifikant

3.3.1.1 SDQ-Gesamtproblemwert

Der Mittelwert des SDQ-Gesamtproblemwertes lag bei den ambulanten Gruppen zum t1-Messpunkt bei $M_{t1} = 11,52$ ($SD = 6,38$) und nahm nach dem wir2-Bindungstraining auf $M_{t2} = 10,34$ ($SD = 6,19$) ab. Die Abnahme des SDQ-Summenwertes war zum nach Bonferroni (1936) korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha = .0083$ nicht signifikant ($t(124) = 2,63$; $p = .010$ n.s). Die Effektstärke belief sich auf $d_z = 0,24$.

Der vor dem wir2-Bindungstraining gemessene SDQ-Gesamtproblemwert belief sich in der Gruppe, die an der dreiwöchigen Reha teilnahm (wir2kompakt), auf den Mittelwert $M_{t1} = 12,73$ ($SD = 5,87$) und nahm nach dem wir2-Bindungstraining auf $M_{t2} = 10,27$ ($SD = 5,51$) ab. Diese Abnahme des Mittelwertes war statistisch signifikant ($t(209) = 7,81$; $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,54$).

Die Gruppe von Teilnehmern, welche an der sechswöchigen Rehabilitation (wir2Reha) teilgenommen hatte, wies zum t1-Messpunkt, vor dem wir2-Bindungstraining, im Mittel einen SDQ-Gesamtproblemwert von $M_{t1} = 12,60$ ($SD = 6,70$) auf. Dieser Wert reduzierte sich nach dem wir2-Bindungstraining auf $M_{t2} = 10,80$. ($SD = 6,27$). Im Rahmen des gepaarten t-Tests zeigte sich eine signifikante Reduktion des Mittelwertes zum t2-Messpunkt ($t(122) = 3,82$; $p < .001$; Cohen's $d_z = 0,34$).

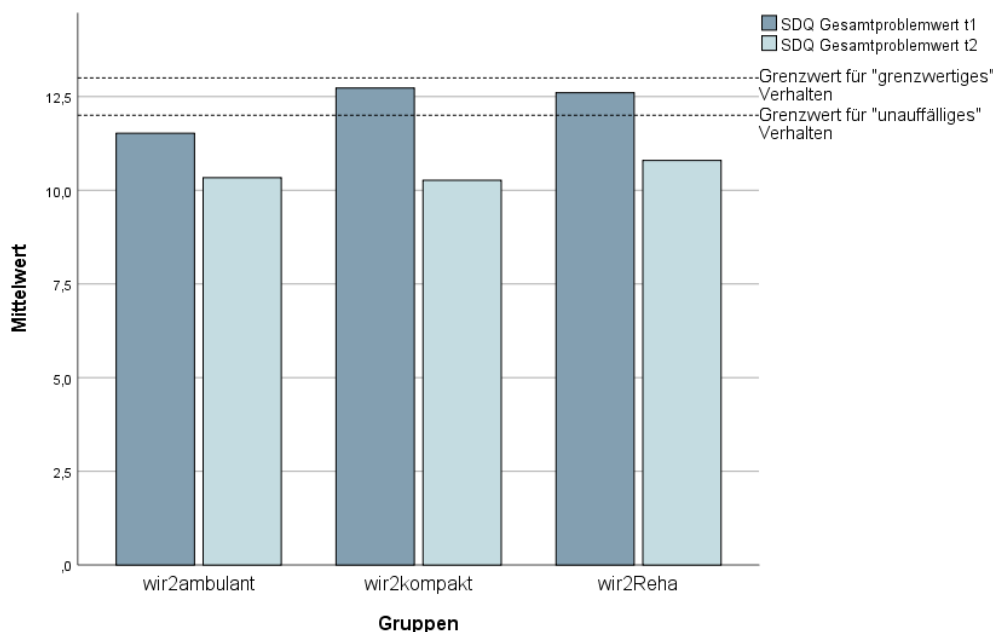


Abb. 18: Säulendiagramm zum SDQ-Gesamtproblemwert zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.3.1.2 Emotionale Probleme

Die Abnahme der Mittelwerte vom t1- zum t2-Messpunkt für „Emotionale Probleme“ war in allen wir2-Varianten signifikant (wir2ambulanz: $t(125) = 3,00$; $p < .004$; wir2kompakt: $t(211) = 5,28$; $p < .001$; wir2Reha: $t(123) = 4,25$; $p < .001$). Die Reduktion des Belastungswertes für emotionale Probleme ist in Abbildung 19 veranschaulicht. Hierbei wurden Effektstärken von $d_z = 0,27$ (wir2ambulanz), $d_z = 0,36$ (wir2kompakt) und $d_z = 0,38$ (wir2Reha) erzielt. Diese Skala erreicht als einzige Skala des SDQ in allen wir2-Varianten das korrigierte Signifikanzniveau.

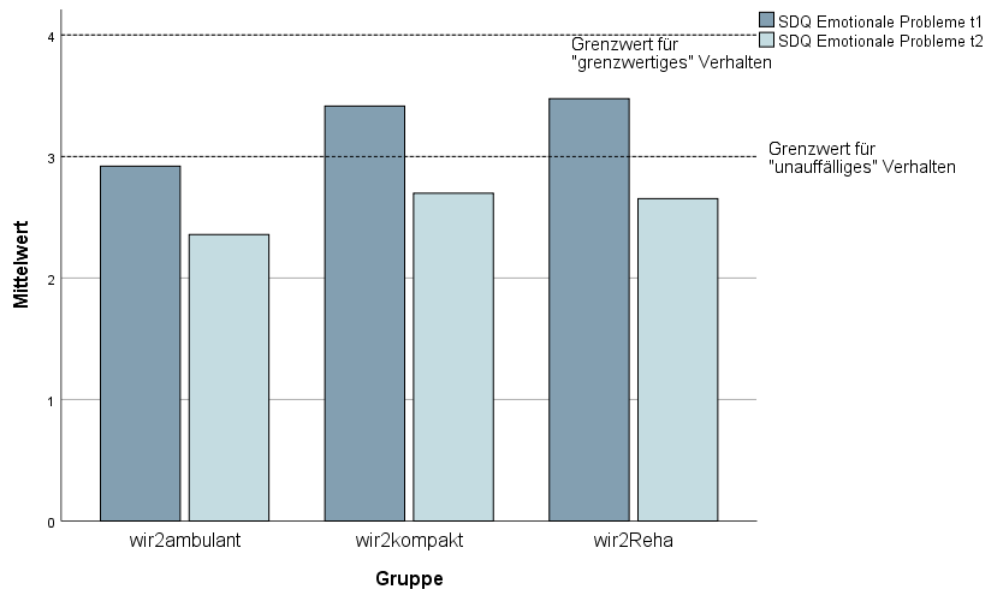


Abb. 19: Säulendiagramm zur Skala „Emotionale Probleme“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit ; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.3.1.3 Verhaltensprobleme

In Abbildung 20 ist die Abnahme des Wertes für Verhaltensprobleme dargestellt. Nach dem wir2-Bindungstraining reduzierten sich die Verhaltensprobleme in allen Gruppen. Im Gegensatz zu den wir2ambulant- und wir2Reha-Gruppen war die durchschnittliche Reduktion der diesbezüglichen mittleren Belastung in der wir2kompakt-Gruppe statistisch signifikant ($t(209) = 5,86$; $p < .0019$) und erzielte eine Effektstärke von $d_z = 0,40$.

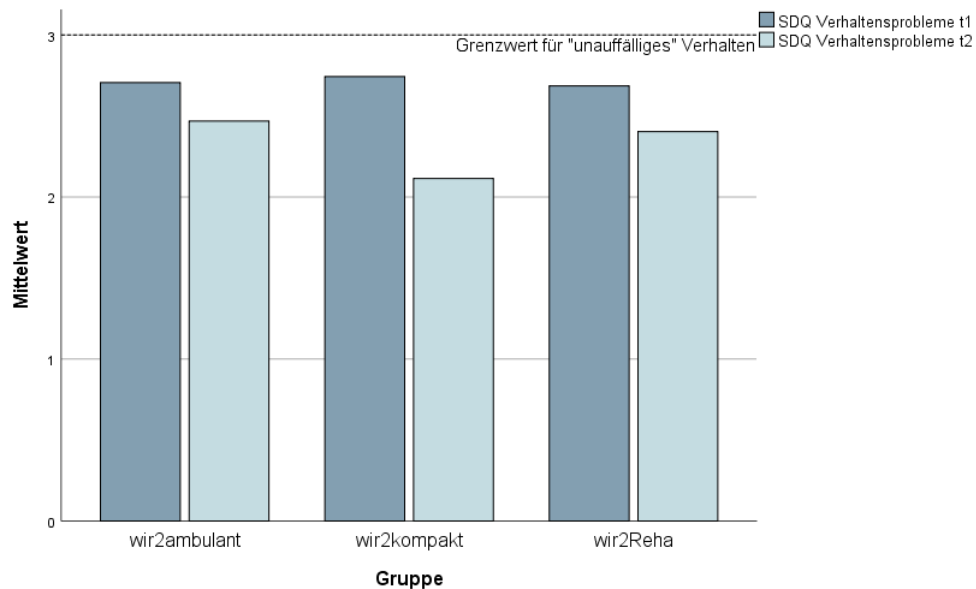


Abb. 20: Säulendiagramm zur Skala „Verhaltensprobleme“ zum t1- und t2-Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit ; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.3.1.4 Hyperaktivität

Abbildung 21 veranschaulicht, dass in allen Gruppen die Hyperaktivität der Kinder der Teilnehmer nach dem wir2-Bindungstraining geringer als vor dem wir2-Bindungstraining bewertet wurde. Die Abnahme bei wir2kompakt und wir2Reha war größer als bei wir2ambulant. Die Mittelwertunterschiede vom t1- zum t2-Messpunkt in den Gruppen wir2kompakt und wir2Reha konnten im Gegensatz zur wir2ambulant-Gruppe als statistisch signifikant eingestuft werden (wir2ambulant: $t(125) = 1,24$; $p = .217$ n.s.; wir2kompakt: $t(209) = 6,53$; $p < .001$; wir2Reha: $t(122) = 3,62$; $p < .001$).

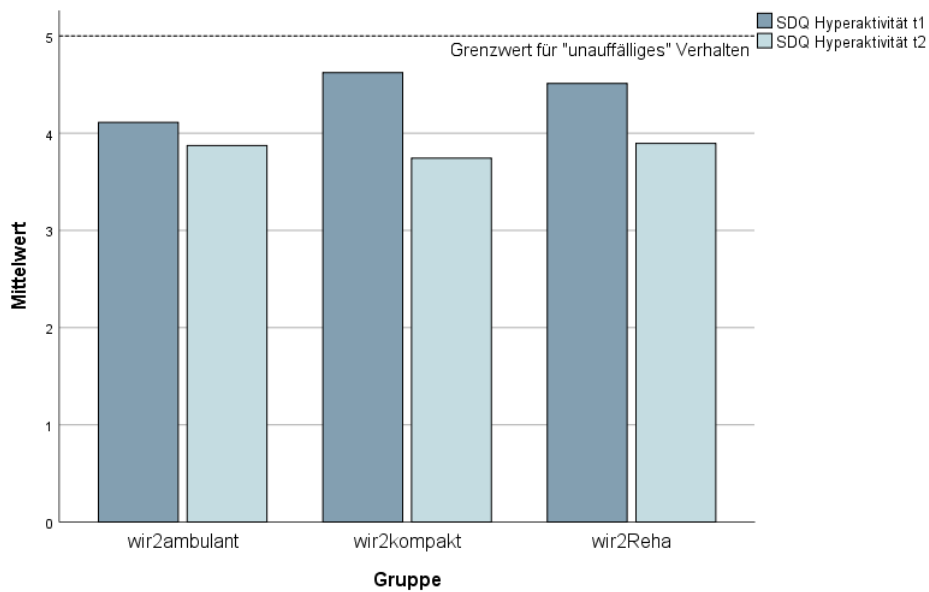


Abb. 21: Säulendiagramm zur Skala „Hyperaktivität“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit ; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.3.1.5 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen

In Abbildung 22 ist zu erkennen, dass die Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen in allen Gruppen im Durchschnitt zum t2-Messpunkt abnahmen (wir2ambulant: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,12$; wir2kompakt: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,24$; wir2Reha: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,10$). Zum festgelegten Signifikanzniveau waren diese Reduktionen der Mittelwerte jedoch zum korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha = .0083$ statistisch nicht signifikant (wir2ambulant: $t(124) = 0,88$; $p = .381$ n.s.; wir2kompakt: $t(210) = 2,35$; $p = .020$ n.s.; wir2Reha: $t(123) = 0,58$; $p = .563$ n.s.).

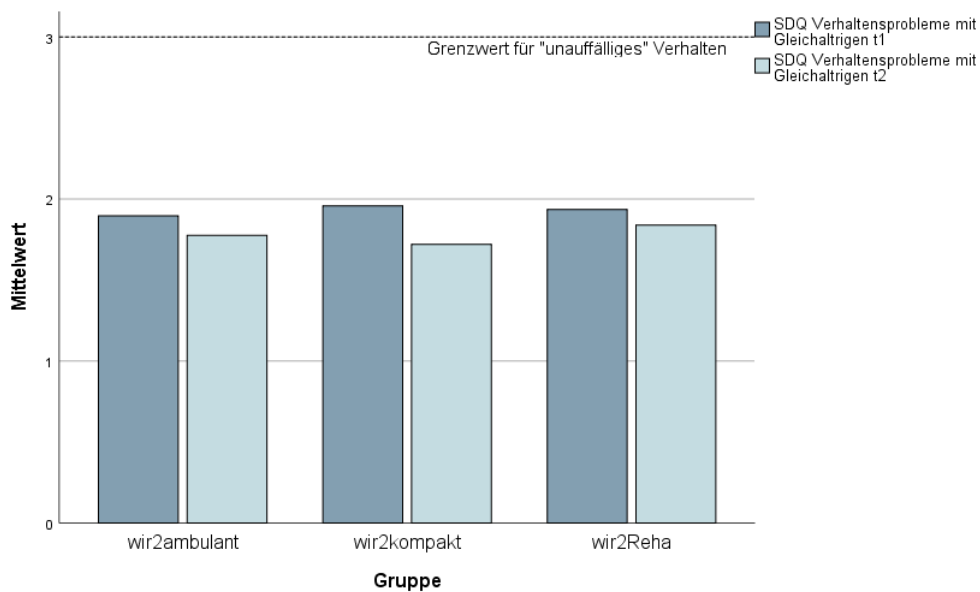


Abb. 22: Säulendiagramm zur Skala „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.3.1.6 Prosoziales Verhalten

Das prosoziale Verhalten hat im Mittel nach dem wir2-Bindungstraining zugenommen, wie in Abbildung 23 dargestellt (wir2ambulant: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,4$; wir2kompakt: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,39$; wir2Reha: $M_{\text{dif } t1-t2} = 0,44$). Diese Abnahme erreichte nur bei wir2kompakt und wir2Reha das Signifikanzniveau (wir2ambulant: $t(125) = -2,59$; $p = .011$ n.s.; wir2kompakt: $t(211) = -3,57$; $p < .001$; wir2Reha: $t(123) = -2,90$; $p < .005$). Insgesamt lagen die Ausgangswerte in allen Gruppen auf ähnlichem Niveau (siehe Tabelle 11 und Abbildung 23).

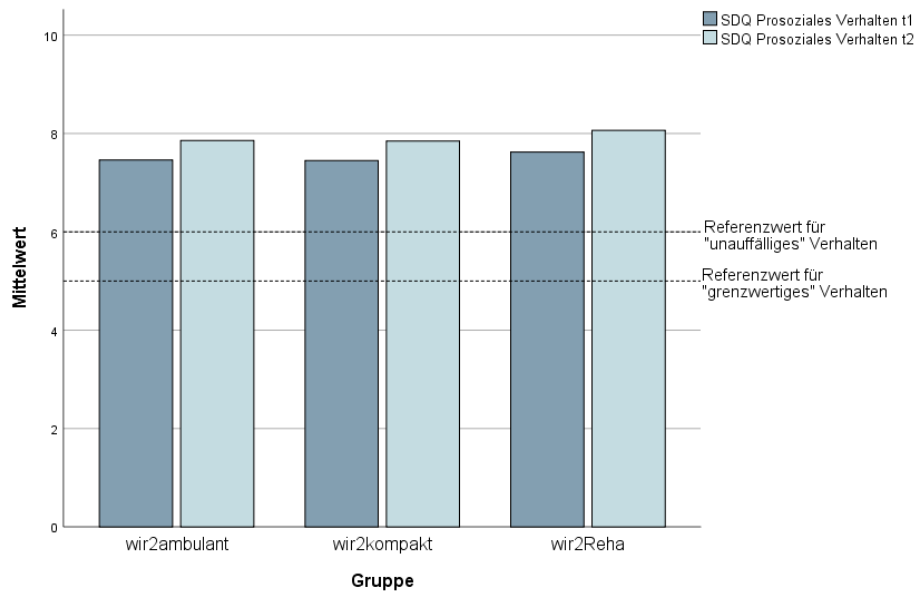


Abb. 23: Säulendiagramm zur Skala „Prosoziales Verhalten“ zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen mit Referenzwerten; t1-Messwert in dunkelgrau; t2-Messwert in hellgrau; x-Achse = Gruppenzugehörigkeit; y-Achse = Mittelwert des PHQ-9

3.3.2 Varianzanalyse des SDQ-Gesamtproblemwertes

Im Folgenden wurde über den Gesamtproblemwert des SDQ (ein Summenwert, der die vier Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ mit jeweils fünf Fragen berücksichtigt) eine univariate Varianzanalyse mit der Gruppenzugehörigkeit als dreifachgestufter Zwischensubjektfaktor und der Messzeit als zweifach gestufter Innersubjektfaktor berechnet.

Zunächst wurde der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen durchgeführt. Dieser Test ergab, dass die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen für alle Variablen erfüllt war ($p > .05$). Zudem zeigte der Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen, dass die Homogenität der Kovarianzenmatrizen gegeben war ($p = .370$). Zu einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ konnte keine statistisch signifikante Interaktion zwischen der Messzeit und der Untersuchungsgruppe festgestellt werden ($F(2.00, 455.00) = 2.744, p = .065$). Ein signifikanter Haupteffekt der Messzeit trat jedoch erwartungsgemäß auf ($F(1.00, 455.00) = 59.625, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .116$). Hierbei trat kein signifikanter Haupteffekt der Gruppe auf ($F(2/455) = 0,660; p = .518$).

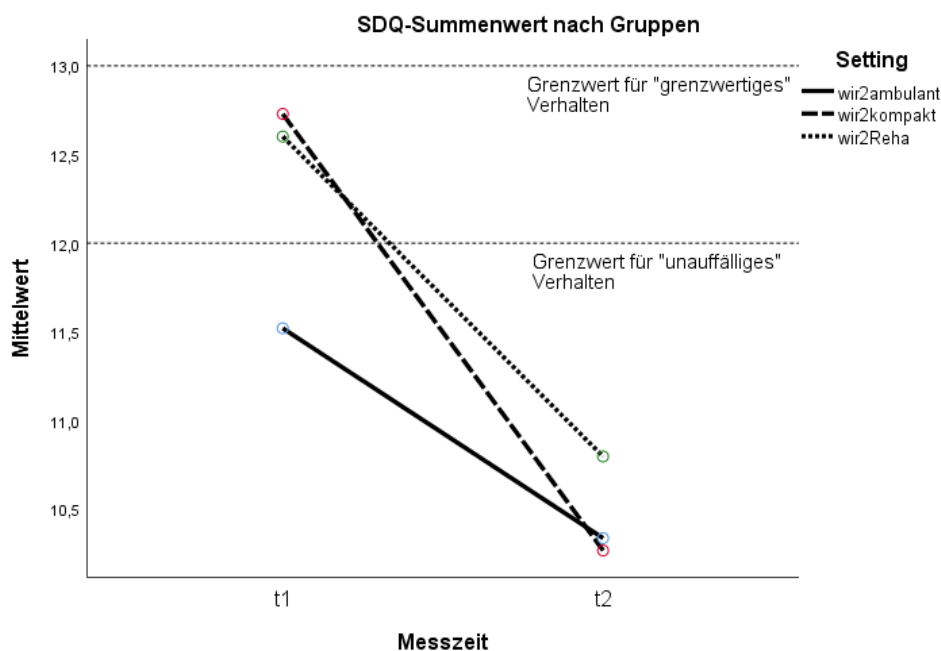


Abb. 24: Liniendiagramm der SDQ-Gesamtproblemwerte zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen; x-Achse = Messzeitpunkt; y-Achse = Mittelwert des SDQ

3.3.2.1 t1-Messpunkt

Deskriptive Statistik

SDQ-Gesamtproblemwert t1

	N	Mittelwert	Std.-		95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
			Abweichung	Std.-Fehler	Untergrenze	Obergrenze		
wir2ambulant	126	11,66	6,54	,583	10,51	12,81	1	32
wir2kompakt	210	12,73	5,87	,405	11,93	13,53	1	31
wir2Reha	124	12,64	6,68	,599	11,45	13,82	2	32
Gesamt	460	12,41	6,29	,293	11,83	12,99	1	32

Tabelle 12: **Deskriptive Statistik des SDQ-Gesamtproblemwertes der drei Gruppen zum t1-Messpunkt;**

N = Fallzahl; Std. = Standard

Im Weiteren ergab die univariate Varianzanalyse der SDQ-Summenwerte für das Problemverhalten der Kinder, dass die Ausgangsbelastung zum t1-Messpunkt in der ambulanten Gruppe am geringsten war ($M = 11,66$; $SD = 6,54$). In der wir2Reha-Gruppe lag dieser Summenwert zum t1-Messpunkt ($M = 12,65$; $SD = 6,68$) unter dem der wir2kompakt-Gruppe ($M = 12,73$; $SD = 5,87$).

Der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen ergab, dass die Homoskedastizität gegeben war ($p > .05$), sodass die einfaktorielle Varianzanalyse des SDQ-Summenwertes interpretiert werden konnte. Diese zeigte, dass zum t1-Messpunkt kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte des SDQ-Summenwertes vorlag ($F(2/457) = 1,252$; $p = .287$).

3.3.2.2 t2-Messpunkt

Deskriptive Statistik

SDQ-Gesamtproblemwert t2

	N	Mittelwert	Std.-		95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
			Abweichung	Std.-Fehler	Untergrenze	Obergrenze		
wir2ambulant	125	10,34	6,19	,553	9,24	11,43	0	29
wir2kompakt	213	10,25	5,56	,381	9,50	11,00	0	29
wir2Reha	124	10,77	6,25	,561	9,66	11,89	0	28
Gesamt	462	10,41	5,91	,275	9,87	10,95	0	29

Tabelle 13; **deskriptive Statistiken des SDQ-Gesamtproblemwertes der drei Gruppen zum t2-Messpunkt;** N =

Fallzahl; Std. = Standard

Zum t2-Messpunkt war der SDQ-Summenwert in der wir2kompakt-Gruppe am geringsten ($M = 10,25$, $SD = 5,56$), gefolgt von der wir2ambulant- ($M = 10,34$; $SD = 6,19$) und wir2Reha-Gruppe ($M = 10,77$; $SD = 6,25$). Die Homoskedastizität war hierbei gegeben (Levene-Test $p > .05$).

Die Varianzanalyse zeigte, dass auch zum t2-Messpunkt keine statistisch signifikanten Unterschiede der Mittelwerte des SDQ-Summenwertes vorlagen ($F(2/459) = 0,323$; $p = .724$).

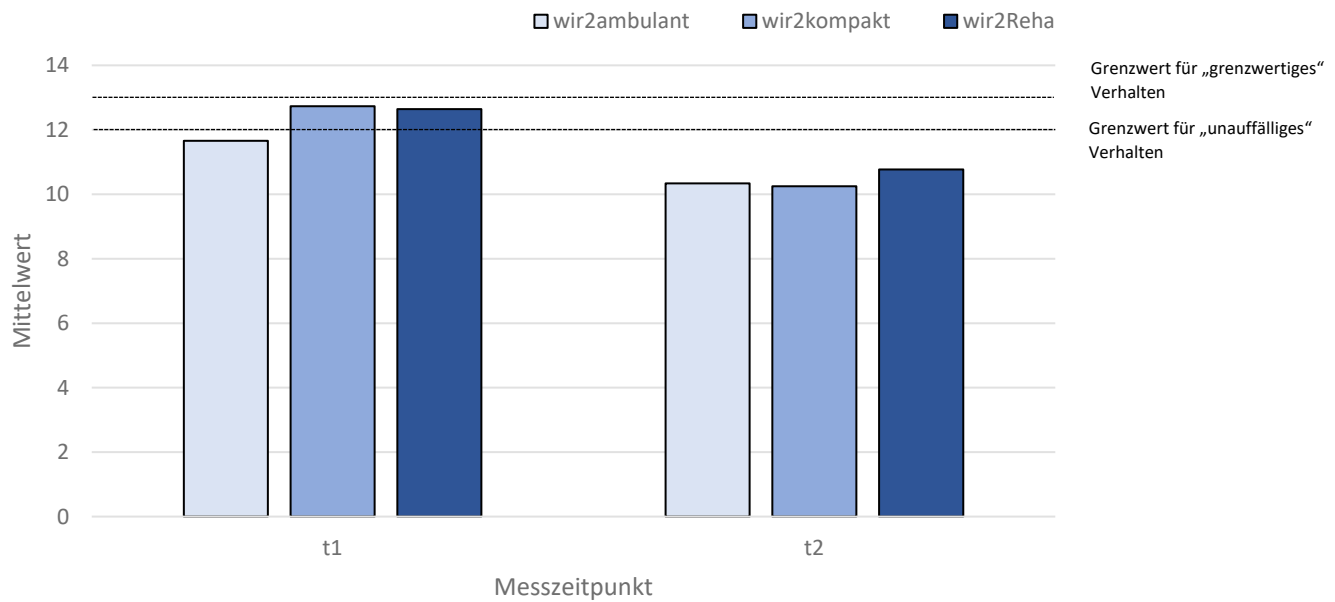


Abb. 25: Säulendiagramm zum SDQ-Gesamtproblemwert zum t1- und t2- Messpunkt in den drei Gruppen; x-Achse = t1- und t2-Messzeitpunkt; y-Achse = Mittelwert des SDQ-Gesamtproblemwertes

4 Diskussion

4.1 Einordnung der PHQ-9-Ergebnisse

Die Ausgangsbelastung (t1-Messpunkt) der Teilnehmer in Bezug auf depressionstypische Symptomatik im ambulanten Setting lag gemessen mittels PHQ-9 im Mittelwert bei $M = 12,21$, im dreiwöchigen Reha-Setting bei $M = 12,07$ und im sechswöchigen Reha-Setting bei $M = 14,31$. Nach Kroenke et al. (2001) liegt die *Likelihood Ratio* bei einem Wert des PHQ-9 von $M = 10$ bei 7,1 an einer *Major Depression* zu leiden (Kroenke et al., 2001). Zudem wird von Kroenke et al. (2002) ein PHQ-9 Wert von 10 als *Cutpoint*-Wert vorgeschlagen, wenn man einen Grenzwert für ein Screening setzen möchte, da dieser Wert eine Sensitivität von 88% und Spezifität von 88% für die Diagnose einer *Major Depression* aufweist sowie o.g. positive *Likelihood* (Kroenke und Spitzer, 2002).

Die Mittelwerte der PHQ-9 Fragebögen zum t1-Messpunkt aller drei Gruppen überschritten somit den von Kroenke et al. (2002) vorgeschlagenen *Cutpoint*-Wert für das Screening einer *Major Depression* von $M = 10$ erheblich. Weiter sind die Mittelwerte der wir2ambulant- und wir2kompakt-Gruppen hiernach als „moderater“ Schweregrad einer Depression einzuordnen und die Belastung der wir2Reha-Gruppe ist mit $M = 14,31$ zwischen „moderat“ und „moderat bis schwer“ einzuordnen. Für sämtliche Gruppen würde nach dieser Referenz bereits empfohlen, einen psychotherapeutischen Behandlungsplan zu erstellen, ein „*follow-up*“ sicherzustellen und ggf. eine Pharmakotherapie einzuleiten. Daher ist die Belastung durch depressionstypische Beschwerden zum t1-Messpunkt als deutlich erhöht einzuordnen. In allen Gruppen nahm der Mittelwert des PHQ-9 signifikant vom t1- zum t2-Messpunkt ab. Nach dem wir2-Bindungstraining erreichten sämtliche Gruppen einen Mittelwert unterhalb des von Kroenke et al. (2002) vorgeschlagenen Grenzwertes von $M = 10$, sodass eine deutliche Reduktion der depressionstypischen Belastungssymptome abzuleiten ist. Nach dem wir2-Bindungstraining würden die Teilnehmer im Durchschnitt im PHQ-9 nicht mehr als kritisch belastete Patienten mit sofortigem Handlungsbedarf eingestuft werden.

Die standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen Cohen's d_z (Cohen, 1988a) belief sich bei wir2ambulant auf $d_z = 0,54$. Somit ist im ambulanten Setting die Effektstärke der Intervention in Form des wir2-Bindungstrainings auf die Abnahme des PHQ-9-Gesamtwertes als mittelgradig einzuordnen (Cohen, 1988b). Die standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen nach Cohen betrug bei wir2kompakt $d_z = 1,49$ und ist somit nach Cohen et al. (1988) als großer Effekt einzustufen (Cohen, 1988b). Auch bei wir2Reha konnte ein großer Effekt zwischen Intervention und Verbesserung des PHQ9-Belastungswertes nach Cohen et al. (1988b) nachgewiesen werden ($d_z = 0,85$).

Im Rahmen der Varianzanalyse zeigte sich eine statistisch signifikante Interaktion der Faktoren Zeit und Gruppe (signifikanter Gruppe x Messzeit-Interaktionseffekt). Die drei Gruppen unterschieden sich demnach im Verlauf über die Zeit. Da die Gleichheit der Kovarianzenmatrizen und Homoskedastizität zum t2-Messpunkt nicht gegeben waren, steigt die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 1. Art.

Die univariate Varianzanalyse für die Summenwerte des PHQ-9 ergab zum t1-Messpunkt, dass sich die Ausgangswerte von wir2kompakt und wir2Reha signifikant voneinander unterschieden. Dies wurde durch den Unterschied der Gruppen wir2kompakt und wir2Reha zum t1-Messpunkt qualifiziert. Die Mittelwerte dieser Gruppen unterschieden sich demnach signifikant voneinander.

Hieraus kann abgeleitet werden, dass Unterschiede in der Ausgangsbelastung der Gruppen bestanden, was dem klinischen Bild entspricht, dass die Teilnehmer der wir2Reha-Gruppen am stärksten belastet sind. Diese Gruppe wurde dementsprechend bedarfsgerecht mit der höchsten therapeutischen Dosis im umfangreichsten wir2-Programm (wir2Reha) behandelt. Zum t2-Messpunkt war keine Homoskedastizität gegeben, sodass der Welch-Test und der Games-Howell-post-hoc-Test als robuste Verfahren interpretiert wurden. Hiernach bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, welcher gemäß Games-Howell-post-hoc-Test zwischen den Gruppen wir2ambulant und wir2kompakt sowie wir2kompakt und wir2Reha signifikant war. Wenn man die t1- und t2-Werte betrachtet, fällt auf, dass die Ausgangswerte sich zwar unterschiedlich stark reduziert haben, jedoch die Reihenfolge der am stärksten belasteten Gruppe wir2Reha, gefolgt von wir2ambulant und wir2kompakt bestehen blieb. Insbesondere in der wir2kompakt-Gruppe konnte der PHQ-9-Wert gesenkt werden. Dieser Wert wurde in einem Maße reduziert, dass nach der Intervention ein statistisch signifikant niedrigerer Wert als in den anderen Gruppen erreicht wurde. Die wir2kompakt-Variante hat in der vorliegenden Untersuchung somit depressionstypische Merkmale im Mittel am effektivsten reduziert, wenngleich die Verbesserung vom t1- zum t2-Messpunkt in allen Gruppen signifikant war.

Zusammenfassend lässt sich aus diesen Ergebnissen ableiten, dass mit sämtlichen wir2-Varianten in den jeweiligen Versorgungssettings eine gute bis sehr gute Wirkung auf die vom PHQ-9 erfasste depressionstypische Symptomlast bei den Alleinerziehenden erreicht wurde. Die Abnahme der Belastungswerte in der wir2kompakt-Gruppe war am stärksten. Dennoch sind auch die Erfolge in der wir2ambulant- und wir2Reha-Gruppe als beachtlich einzuschätzen. Im Mittel konnten die teils sehr hohen Ausgangswerte vor der Intervention auf akzeptable Mittelwerte nach der Intervention, sogar unter den nach Kroenke et al. vorgeschlagenen *cut-off*-Wert für eine *Major Depression (M=10)*, gesenkt werden. Somit war in allen Gruppen im Mittel die unmittelbare Notwendigkeit einer weiterführenden psychotherapeutischen Intervention abgewendet, wenngleich auch eine abwartende und weiter beobachtende Haltung für entsprechende Belastungswerte (*watchful waiting*) empfohlen werden würde (Kroenke und Spitzer, 2002). Angesichts der nach der stationären Intervention erreichten Minderausprägung der depressionstypischen Beschwerden wäre aber in jedem Fall eine ambulante Behandlungsfähigkeit gegeben.

Letztlich ist auch die besondere Situation der Teilnehmer, die an der Programmvariante wir2Reha teilnahmen, zu berücksichtigen. Diese Teilnehmer stellten die am höchsten belastete Gruppe der Alleinerziehenden dar. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, dass die Deutsche Rentenversicherung eine sechswöchige stationäre Rehabilitation in einer spezialisierten psychosomatischen Klinik zur Sicherung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Prävention einer Berentung genehmigt hat. Die Deutsche Rentenversicherung Bund beschreibt auch im Rahmen eines Artikels in der Zeitschrift „ZukunftJetzt – das Magazin der Deutschen Rentenversicherung“ den bedarfsorientierten Rehabilitationsauftrag der Deutschen Rentenversicherung und, wie man diesem Auftrag durch das wir2-Bindungsstraining für eine definierte Patientenklientel gerecht werden kann (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Es ist anzunehmen, dass in der hochbelasteten Patientenklientel der wir2Reha-Gruppen auch ein höherer Anteil an chronisch depressionsbelasteten Teilnehmern vorhanden ist. Ausgehend von der hohen psychischen Belastung kann auch eine höhere Anzahl an chronischen psychischen Erkrankungen in dieser Gruppe angenommen werden. Daher ist auch der Erfolg in dieser Gruppe als sehr beachtlich einzuordnen.

4.2 Einordnung der Ergebnisse des HEALTH-49

Die psychosoziale Gesamtbelastung, erfasst durch den Selbstbeurteilungsfragebogen HEALTH-49, war zum t1-Messpunkt bei den Alleinerziehenden in allen drei Versorgungssettings erhöht. Als Referenzwert für die Durchschnittsbelastung der Bevölkerung können die Werte der Gesamtstichprobe von Hausarztpatienten aus der DETECT Studie nach Rabung et al. (2007c) herangezogen werden. Diese Stichprobe beinhaltet das Gesamtkollektiv der Hausarztpatienten und dient als Referenzwert für eine durchschnittliche Belastung in der Bevölkerung. Auf der anderen Seite können die Referenzwerte von Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer stationären psychosomatischen Rehabilitation befanden (QS-Reha[®]-Verfahren/UKE-Studie), als hoch belastete Referenzgruppe betrachtet werden (Rabung et al., 2007d; Rabung et al., 2007c).

4.2.1 Somatoforme Beschwerden

Für das Modul „Somatoforme Beschwerden“ liegt o.g. Referenzmittelwert für eine durchschnittliche Belastung von Patienten aus der primärärztlichen Versorgung bei 0,87 (SD = 0,74). Hierbei ist zu beachten, dass diese Stichprobe sämtliche Patienten aus der primärärztlichen Versorgung, dementsprechend auch psychisch und somatische kranke Patienten, enthält. Der Referenzwert der gesunden Patienten der DETECT Studie liegt niedriger bei 0,62 (SD = 0,57). Auf der anderen Seite können die Referenzwerte, ebenfalls nach Rabung et al. (2007c), von stationären Psychotherapiepatienten als hochbelastete Gruppe betrachtet werden (QS-Reha[®]-Verfahren/UKE-Studie). Dieser Wert liegt für „Somatoforme Beschwerden“ bei 1,59 (SD = 0,92). Die Ausgangsbelastung der Teilnehmer ist somit im Bereich einer hochbelasteten Population anzusiedeln. Im ambulanten Setting sanken die Mittelwerte im Mittel um 0,44 Punkte von $M_{t1} = 1,30$ auf $M_{t2} = 0,86$ in den Referenzbereich der Gesamtstichprobe der Hausarztpatienten der DETECT-Studie ($t(106) = 6,03$; $p < .001$). Somit ist eine signifikante Abnahme der somatoformen Beschwerden dieser Teilnehmer zu verzeichnen. In der dreiwöchigen Rehabilitation (wir2kompakt) lag der Ausgangsmittelwert mit $M_{t1} = 1,61$ über dem Durchschnitt der hochbelasteten Referenzgruppe und konnte auf $M_{t2} = 0,82$ gesenkt werden ($t(151) = 13,57$; $p < .001$). Dieser Wert lag etwas unter dem Referenzwert der Hausarztpatienten. Der Ausgangswert der wir2Reha-Gruppe belief sich im Mittel auf $M_{t1} = 1,92$ und lag somit deutlich über dem Wert der hochbelasteten Referenzgruppe. Nach der Intervention senkte sich dieser Wert auf $M_{t2} = 1,47$ ($t(104) = 5,89$; $p < .001$) unter den Mittelwert der hochbelasteten Referenzgruppe.

Die standardisierte Effektstärke für Messwiederholung nach Cohen (1988b) konnte für die Gruppen wir2ambulant ($d_z = 0,58$) und wir2Reha ($d_z = 0,57$) als mittelgradig eingestuft werden und für wir2kompakt ($d_z = 1,10$) als starker Effekt eingestuft werden, was die Wirksamkeit des wir2-Bindungsstrainings in den unterschiedlichen Versorgungssettings weiter verdeutlicht.

Es kann geschlussfolgert werden, dass somatoforme Beschwerden in den untersuchten Gruppen von Alleinerziehenden in allen Settings zum t1-Messpunkt überdurchschnittlich stark ausgeprägt waren. Hierbei war die Belastung in der ambulanten Gruppe am niedrigsten und in der wir2Reha-Gruppe am höchsten. Diese klinische Stratifizierung bzw. Zuweisung unterschiedlich belasteter Patienten in unterschiedliche Versorgungssettings entspricht der Intention, dass schwerer belastete Alleinerziehende in den rehabilitativen Programmvarianten behandelt werden, was mit dem jeweiligen therapeutischen Angebotsprofil der rehabilitativen Maßnahme übereinstimmt. Alle wir2-

Programmvarianten wirkten effektiv in Bezug auf somatoforme Beschwerden und senkten diese zum t2-Messpunkt signifikant.

Das wir2-Bindungstraining kann somit sowohl generell als auch differenziell als effektiv für den Bereich von somatoformen Beschwerden in den jeweiligen Versorgungssettings angesehen werden. Der erzielte Effekt war in der wir2kompakt-Gruppe am größten. Einen möglichen Erklärungsansatz liefert hierfür die hohe Ausgangsbelastung der Rehabilitationspatienten, die mit einem konzentrierten Trainingsprogramm, konsequent getrennt vom stressbelasteten Alltag der Alleinerziehenden, behandelt werden konnten. Ausgehend von der äußerst hohen Ausgangsbelastung der wir2Reha-Gruppe, kann angenommen werden, dass diese Teilnehmer häufiger chronifiziert waren. Bei dieser hohen Belastung kann auch von einem größeren Anteil struktureller Persönlichkeitsstörungen ausgegangen werden. Die Behandlung der wir2Reha-Patientenklientel stellt daher die größte Herausforderung dar. Dies ist ein möglicher Erklärungsansatz für den relativ geringeren Effekt in der wir2Reha-Gruppe. Die erzielten Erfolge erscheinen vor diesem Hintergrund jedoch beachtlich.

4.2.2 Depressivität

Neben dem PHQ-9 stellt das Modul „Depressivität“ des HEALTH-49 die zweite Variable zur Erfassung depressionstypischer Symptomlast dar. Die Ausgangsbelastung von wir2ambulant lag mit $M_{t1} = 1,57$ deutlich über den Referenzwerten der Gesamtstichprobe der Hausarztpatienten ($M = 0,37$) jedoch noch etwas unterhalb der Referenzwerte der Stichprobe von Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation ($M = 1,83$) (Rabung et al., 2007c). Die erfasste Ausgangsbelastung kann somit dennoch als deutlich erhöht angesehen werden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei den Teilnehmern von wir2ambulant nicht um stationär behandelte Personen handelte, kann die Ausgangsbelastung für Depressivität als hoch betrachtet werden. Im Mittel nahm die Belastung nach der Intervention um 39,34% ($M_{dif} = 0,62$) auf $M_{t2} = 0,95$ ab. Diese Abnahme war statistisch signifikant ($p < .001$) und erreichte eine mittlere bis hohe Effektstärke von $d_z = 0,72$.

In der wir2kompakt-Gruppe kam es im Mittel zu einer Abnahme von $M_{dif} = 0,84$ vom t1- zum t2-Messpunkt. Diese Reduktion des Depressionswertes war statistisch signifikant ($p < .001$) und erreichte mit einer Effektstärke von $d_z = 1,15$ eine sehr hohe Effektstärke (Cohen, 1988b). Der äußerst hohe Ausgangswert von $M_{t1} = 1,60$ konnte auf $M_{t2} = 0,76$ gesenkt werden. Vor der Intervention lag der Wert nahe an den Referenzwerten stationärer Psychotherapiepatienten, und konnte mehr als halbiert werden. Der Referenzbereich der Hausarztgesamtstichprobe konnte jedoch nicht ganz erreicht werden, was jedoch möglicherweise auf die sehr hohe Ausgangsbelastung zurückzuführen ist.

In der wir2Reha-Gruppe sank der ebenfalls sehr hohe Ausgangswert von $M_{t1} = 1,99$ auf $M_{t2} = 1,33$. Die Abnahme war statistisch signifikant ($p < .001$) und die Effektstärke lag mit $d_z = 0,72$ im oberen Bereich einer mittleren Effektstärke. Der Ausgangswert lag im Mittel höher als der Referenzwert stationärer Psychotherapiepatienten, was für eine ausgesprochen hohe Belastung vor Antritt des wir2-Bindungstrainings spricht. Der Mittelwert dieser Skala lag nach der Intervention zwar noch über dem der Referenzstichprobe von Hausarztpatienten, aber dennoch ist eine deutliche Reduktion des Belastungswertes im Modul „Depressivität“ zu erkennen. Hieraus lässt sich ableiten, dass auch in dieser Personengruppe depressionstypische Belastungssymptome signifikant reduziert werden

konnten, obwohl die Belastung vor dem wir2-Bindungstraining außerordentlich hoch bezüglich depressionstypischer klinischer Symptomlast war.

Die Ausgangsbelastung in Bezug auf depressionstypische Symptome ist insgesamt als deutlich erhöht einzustufen und entspricht dem Anforderungsprofil der jeweiligen wir2-Programmvariante (gestuft von wir2ambulant bis wir2Reha). Zudem kann anhand der signifikanten Abnahme dieser Belastungswerte zum t2-Messpunkt abgeleitet werden, dass das wir2-Bindungstraining in allen Settings die depressionstypische Belastung von Alleinerziehenden wirksam senken kann. Somit bestätigen sich die Ergebnisse der Auswertung des PHQ-9 durch das hiervon unabhängige Modul für Depressivität des HEALTH-49. Aus dem Konsens zweier unabhängiger Selbstbeurteilungsinstrumente kann somit weitere Evidenz für die Wirksamkeit des wir2-Bindungstrainings in Bezug auf die Absenkung depressionstypischer Symptomlast geschlussfolgert werden.

4.2.3 Phobische Ängste

In diesem Modul wird eine außerordentliche Belastung der wir2Reha-Teilnehmer deutlich. Vor dem wir2-Bindungstraining lagen die Werte zur Erfassung phobischer Ängste in dieser Gruppe ($M_{t1} = 0,86$) durchschnittlich über dem Referenzwert für hochbelastete Patienten von $M = 0,79$ (Rabung et al., 2007c). Umso beachtlicher ist es, dass dieser Wert nach der Intervention auf $M_{t2} = 0,48$ fast halbiert wurde. Diese Abnahme des Mittelwertes zeigte sich im t-Test statistisch signifikant ($t(104) = 5,24$; $p < .001$). Im Unterschied hierzu waren die Teilnehmer von wir2ambulant und wir2kompakt nur mittelgradig belastet (wir2ambulant: $M_{t1} = 0,34$; wir2kompakt: $M_{t1} = 0,44$). Dennoch lagen die Werte in der wir2kompakt- und wir2ambulant-Gruppe noch über dem Referenzwert der Hausarztpatienten. Die Werte der wir2kompakt-Gruppe konnten signifikant zum t2-Messpunkt gesenkt werden ($t(153) = 6,36$; $p < .001$). Die wir2kompakt-Gruppe erreichte sogar einen Mittelwert unterhalb der Hausarztpatienten-Referenzgruppe, was dafür spricht, dass die erfasste Symptombelastung soweit gesenkt werden konnte, dass nicht mehr von einer stark alltagseinschränkenden Beeinträchtigung in Bezug auf phobische Ängste auszugehen ist. In der wir2ambulant-Gruppe konnte keine signifikante Abnahme des Mittelwertes zum t2-Messpunkt eruiert werden ($t(107) = 2,07$; $p = .041$ n.s.). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass zum einen das Signifikanzniveau sehr konservativ nach Bonferroni (1936) korrigiert wurde und zum anderen das Belastungsniveau dieser Gruppe auch vor der Intervention nahe dem der Referenzgruppe von Hausarztpatienten lag.

Die standardisierte Durchschnittseffektstärke für Messwiederholungen nach Cohen (d_z) ergab für wir2ambulant eine Effektstärke von $d_z = 0,20$ und lag somit im Bereich des von Cohen festgesetzten Wertes für einen kleinen Effekt (Cohen, 1988b). Die beiden anderen Gruppen erzielten eine mittlere Effektstärke von $d_z = 0,51$ (wir2kompakt) und $d_z = 0,51$ (wir2Reha). Vermutlich konnte in der wir2ambulant-Gruppe nur ein kleiner Effekt für die Abnahme des Moduls „Phobische Ängste“ eruiert werden, da dieses Symptom grundsätzlich zum t1-Messpunkt eher gering ausgeprägt war im Verhältnis zu den anderen Gruppen. Der Effekt in der wir2kompakt- und wir2Reha-Gruppe war mittelgradig. Es ist davon auszugehen, dass das wir2-Bindungstraining in diesen Gruppen einen Effekt auf die Reduktion dieses Problemwertes hatte.

Insgesamt lässt die Abnahme der mittleren Symptomlast für „Phobische Ängste“ auf eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität nach der Intervention, insbesondere in der zuvor hochbelasteten wir2Reha-Gruppe, schließen. Phobische Ängste waren vor allem in der hochbelasteten wir2Reha-Gruppe stark ausgeprägt und konnten effektiv gesenkt werden. Aber auch die geringeren

Ausprägungen von phobischen Ängsten in den beiden anderen Gruppen nahmen zum t2-Messpunkt ab. Auch, wenn keine Kontrollgruppe im Rahmen dieser Untersuchung zu Verfügung stand, kann hier die Tendenz erkannt werden, dass das wir2-Bindungstraining im Allgemeinen auch effektiv gegen phobische Ängste wirken kann.

4.2.4 Psychische und somatoforme Beschwerden

Der Gesamtwert für „Psychische und Somatoforme Beschwerden“ lag in allen Gruppen zum t1-Messpunkt über dem Referenzwert der Gesamtstichprobe aus Hausarztpraxen (Rabung et al., 2007c). Hierbei überstieg der Mittelwert der wir2Reha-Gruppe sogar die Referenzwerte der stationären Psychotherapiepatienten zum t1-Messpunkt. Dieser Wert unterstreicht, dass die Ausgangsbelastung in der wir2Reha-Gruppe deutlich höher war, als in den anderen Gruppen, was für die Staffelung des wir2-Bindungstrainings in mehrere Therapievarianten spricht. Die Abnahme des PSB-Wertes zum t2-Messpunkt war in allen Gruppen signifikant ($p < .001$) und erreichte in der wir2kompakt Gruppe ein Niveau unterhalb der Hausarztpatienten-Referenzgruppe. Die Effektstärke in dieser Gruppe ($d_z = 1,31$) war besonders hoch. Aber auch beide andere Gruppen erreichten gute Effektstärken, die sich knapp unterhalb des von Cohen (1988) vorgeschlagenen Grenzwertes für einen großen Effekt ansiedelten und somit als mittlere Effekte einzustufen sind (wir2ambulant: $d_z = 0,71$; wir2Reha: $d_z = 0,74$). Diese Ergebnisse tragen weitere Evidenz zur Wirksamkeit des wir2-Bindungstrainings in den verschiedenen wir2-Varianten bei. Die psychische und somatoforme Symptomlast konnte zum t2-Messpunkt deutlich reduziert werden.

4.2.5 Varianzanalyse des HEALTH-49-PSB-Summenwertes

Wie im Ergebnisteil beschrieben, bestand ein signifikanter Messzeit x Gruppe-Interaktionseffekt ($F(2/364) = 6,96$; $p < .002$; partielles $\eta^2 = .037$) für den PSB-Wert des HEALTH-49. Es kann geschlussfolgert werden, dass sich die Gruppen im Verlauf über die Zeit unterscheiden. Dies bestätigt die dritte Hypothese, dass sich die mittlere Belastung der Gruppen voneinander unterscheidet und unterstreicht, dass die Ausgangsbelastung in der wir2Reha-Gruppe am größten war. Im Rahmen einer Metaanalyse von Steffanowski et al. (2007) konnte dargelegt werden, dass mehr als die Hälfte aller Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation als diagnostizierte Hauptdiagnose unter einer depressiven, somatoformen oder Angststörung litten. Bei über fünf Prozent der psychosomatischen Rehabilitationspatienten wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Steffanowski et al., 2007). Dies deutet ebenfalls daraufhin, dass die psychosomatische Ausgangsbelastung der psychosomatischen Rehabilitationspatienten relativ hoch ist. Auch in der durchgeführten Beobachtungsstudie zu den verschiedenen wir2-Varianten wird deutlich, dass die wir2Reha-Gruppe sogar höher belastet war, als die Referenzgruppe der psychosomatischen Rehabilitation (Rabung et al., 2007c). Diese hohen Ausgangswerte der wir2Reha-Gruppe konnten im Mittel deutlich unter die Referenz der hochbelasteten Referenzgruppe gesenkt werden. Die beiden anderen Gruppen hatten im Mittel einen niedrigeren Ausgangswert und erreichten nach dem wir2-Bindungstraining Werte, die nahe der Referenz von Hausarztpatienten, als normal bis wenig belastete Referenzgruppe, lagen. Somit kann angenommen werden, dass die psychische und

somatoforme Belastung dieser Teilnehmer, gemessen durch den PSB-Summenwert des HEALTH-49, durch das wir2-Bindungstraining in allen Gruppen ausgehend vom jeweiligen Ausgangsbelastungsniveau enorm gesenkt werden konnte. Zum t2-Messpunkt unterschieden sich die Gruppen wir2ambulant und wir2Reha ($M_{\text{dif}} = -0,42$; $p < .001$) sowie wir2kompakt und wir2Reha ($M_{\text{dif}} = -0,52$; $p < .001$) signifikant voneinander. So kann geschlussfolgert werden, dass jede wir2-Programmvariante beachtenswerte Erfolge im Bereich der psychischen und somatoformen Beschwerden bewirkt. Ausgehend vom jeweiligen Ausgangswert, welcher in der wir2Reha-Gruppe besonders hoch war, konnte die Belastung deutlich gesenkt werden, wenngleich die psychosomatische Symptomlast auch zum t2-Messpunkt weiterhin als gestuft in den verschiedenen wir2-Gruppen anzusehen ist.

4.2.6 Psychisches Wohlbefinden

Da das Modul „Psychisches Wohlbefinden“ umgepolt wird, zeigt sich mit der Abnahme der Werte in allen Gruppen eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Die drei Gruppen lagen vor der Intervention im Mittel deutlich über den Referenzwerten der Hausarztpatienten und die Belastung der Teilnehmer von wir2Reha lagen durchschnittlich sogar über den Werten der stationären Psychotherapiepatienten (Rabung et al., 2007c). In allen Gruppen sank der Wert nach der Intervention deutlich ab. Diese Reduktion des Mittelwertes war in allen Gruppen statistisch signifikant ($p < .001$; siehe Tabelle 8). Bei wir2kompakt und wir2Reha war eine sehr große Effektstärke zu verzeichnen (wir2kompakt: $d_z = 1,59$; wir2Reha: $d_z = 1,10$), während bei wir2ambulant eine mittelgradige Effektstärke eruiert werden konnte ($d_z = 0,72$). Hieraus ist abzuleiten, dass durch das wir2-Bindungstraining das psychische Wohlbefinden in allen Gruppen effektiv gesteigert werden konnte. Insbesondere in der wir2kompakt- und wir2Reha-Gruppe unterstreicht die sehr hohe Effektstärke die deutlich positive Wirkung des wir2-Bindungstrainings auf das psychische Wohlbefinden der Teilnehmer.

4.2.7 Interaktionelle Schwierigkeiten

Auch im Modul „Interaktionelle Schwierigkeiten“ gingen die Ausgangswerte in allen Gruppen im Mittel über die Referenzwerte der Referenzgruppe von Hausarztpatienten hinaus (Rabung et al., 2007c). In der wir2ambulant- und wir2kompakt-Gruppe lagen die Werte zum t1-Messpunkt nur knapp unter der Referenzgruppe für hochbelastete Patienten. Die Belastung in der wir2Reha-Gruppe lag durchschnittlich über der hochbelasteten Referenzgruppe. So kann geschlussfolgert werden, dass für interaktionelle Schwierigkeiten äußerst hohe Ausgangsbelastungen in den drei Gruppen vorlagen. Diese Werte nahmen in allen drei Gruppen zum t2-Messpunkt signifikant ab (siehe Tabelle 8). Dabei ergaben sich mittlere bis große Effektstärken (siehe Tabelle 8) (Cohen, 1988). Zum einen weist dies daraufhin, dass die untersuchten Gruppen von Alleinerziehenden eine deutlich erhöhte Belastung im Bereich von interaktionellen Schwierigkeiten aufwiesen und zum anderen, dass das wir2-Bindungstraining in allen dargelegten Programmvarianten äußerst effektiv gegen diese Belastung gewirkt hat.

4.2.8 Selbstwirksamkeit

Vor der Intervention gaben die Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings niedrigere Werte für ihre Selbstwirksamkeit an, als die Referenzgruppe der Hausarztpatienten (Rabung et al., 2007c). Es ist zu beachten, dass die Werte dieses Moduls vor der Auswertung umgepolt worden sind. Auch in dieser Gruppe zeigte sich die höchste Ausgangsbelastung in der wir2Reha-Gruppe, welche nahe dem Niveau der hochbelasteten Referenzgruppe lag. In allen Gruppen nahm dieser Negativwert für die Selbstwirksamkeit signifikant ab ($p < .001$; siehe Tabelle 8). Dieser Effekt wies insbesondere in der wir2kompakt-Gruppe eine große Effektstärke auf ($d_z = 1,05$). In der wir2ambulant- und wir2Reha-Gruppe waren die Effektstärken als mittelgradig nach Cohen (1988) einzustufen (wir2ambulant: $d_z = 0,52$; wir2Reha: $d_z = 0,46$). Dementsprechend steigerten alle wir2-Programmvarianten im Mittel effektiv das Gefühl der Selbstwirksamkeit bei den Teilnehmern. Hieraus kann abgeleitet werden, dass das wir2-Bindungstraining auch die Selbstwirksamkeit effektiv steigern kann. In der wir2kompakt-Gruppe fiel dieser Effekt besonders stark aus.

4.2.9 Aktivität und Partizipation

Auch das Modul „Aktivität und Partizipation“ ist ein umgepoltes Modul. Die Aktivität und Partizipation war demnach in allen Gruppen vor der Intervention deutlich geringer als nach der Intervention. Die Ausgangsbelastung war bei wir2Reha am größten und bei wir2ambulant am geringsten. Dennoch lagen die Ausgangswerte der drei Gruppen auf bzw. bei wir2kompakt und wir2Reha über dem Niveau der Referenzwerte für eine hohe Belastung ($M=1,93$) (Rabung et al., 2007c). Die Abnahme zum t2-Messpunkt war in allen Gruppen hoch signifikant ($p < .001$; siehe Tabelle 8). Die Effektstärke der wir2kompakt-Gruppe war auch hier als hoch einzustufen ($d_z = 0,96$). In den Gruppen wir2ambulant und wir2Reha wurden mittelgradige Effektstärken erreicht (wir2ambulant: $d_z = 0,55$; wir2Reha: $d_z = 0,72$). Es lässt sich daraus schließen, dass konkrete Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Umfeld, erfasst durch das Modul „Aktivität und Partizipation“, bei den untersuchten Alleinerziehenden zum t1-Messpunkt stark ausgeprägt waren. Das wir2-Bindungstraining konnte diese Beeinträchtigungen in allen Gruppen effektiv reduzieren. Besonders ist die wir2kompakt-Gruppe hervorzuheben, im Rahmen derer die größte Verbesserung in diesem Bereich erzielt werden konnte.

4.2.10 Soziale Unterstützung

Im Mittel gaben die Teilnehmer bei allen wir2-Varianten nach der Intervention eine Verbesserung ihrer sozialen Unterstützung an. Da die Werte, wie im Ergebnisteil beschrieben, umgepolt wurden, stellt die Abnahme des Mittelwertes zum t2-Messpunkt eine Zunahme der sozialen Unterstützung dar. Sämtliche Ausgangswerte lagen über der Referenzgruppe der Hausarztstichprobe und bei wir2ambulant und wir2Reha über dem Referenzwert der stationären Psychotherapiepatienten (Rabung et al., 2007c). Die soziale Unterstützung war demnach im Mittel in den wir2-Gruppen wir2ambulant und wir2Reha zum t1-Messpunkt geringer als in der hochbelasteten Referenzgruppe. Die soziale Unterstützung in der wir2kompakt-Gruppe war im Mittel zum t1-Messpunkt geringer als in der Hausarztpatienten-Referenzgruppe. Hieraus ist eine enorm hohe Ausgangsbelastung der Teilnehmer, insbesondere von wir2ambulant und wir2Reha, abzuleiten. Die Abnahme dieses Wertes war nur in der wir2ambulant-Gruppe zum Signifikanzniveau $\alpha = .005$ signifikant. Diese Gruppe erreichte eine Effektstärke von $d_z = 0,38$, welche als schwacher bis mittelgradiger Effekt eingestuft werden kann. Die Effektstärke beider anderer Gruppen lag unter dem Referenzwert von $d_z = 0,2$ für einen kleinen Effekt (Cohen 1988). Dies lässt darauf schließen, dass das wir2-Bindungstraining einen kleinen Effekt auf die soziale Unterstützung der Teilnehmer hatte. Dieser Effekt konnte statistisch nur in der wir2ambulant-Gruppe nachgewiesen werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass dieses Modul vor allem die Einschätzung des persönlichen sozialen Netzwerkes erfasst. So kann geschlossen werden, dass die wir2ambulant-Variante hierbei größere Erfolge erzielen konnte, da im Rahmen einer zwanzigwöchigen Therapiedauer mehr Zeit bleibt um soziale Kontakte zu knüpfen als in den rehabilitativen Programmvarianten. Zudem werden Rehabilitationen zum Teil heimatfern durchgeführt, was die Etablierung eines substantiellen neuen sozialen Netzwerkes längerfristig unwahrscheinlicher macht. Hier ist anzunehmen, dass weniger Teilnehmer eine unmittelbare regionale Zugehörigkeit zueinander haben. Da die ambulanten Gruppen über insgesamt 20 Wochen hinweg therapiert wurden, konnte sich vermutlich innerhalb der Gruppe ein festeres soziales Netzwerk etablieren, welches zu den guten Werten der wir2ambulant-Gruppe in diesem Modul beitrug. Zudem ist anzunehmen, dass die Teilnehmer einer ambulanten Gruppe auch durch eine größere regionale Nähe zu den anderen Teilnehmern ein besseres soziales Netzwerk untereinander aufbauen konnten, als die Teilnehmer der rehabilitativen Einrichtungen. Die Erfassung eines Langzeitverlaufes nach dem wir2-Bindungstraining stellt hierbei ein wichtiges Forschungsziel dar, um in Zukunft zu untersuchen, in wie weit und für welche Zeiträume die soziale Unterstützung für Alleinerziehende durch das wir2-Bindungstraining verbessert werden kann. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass alle Programmvarianten auch in diesem Modul eine Verbesserung für die Teilnehmer bewirken konnten.

4.2.11 Soziale Belastung

Die soziale Belastung der alleinerziehenden Teilnehmer war zum t1-Messpunkt in allen Gruppen größer als in der Hausarztpatienten-Referenzgruppe (Rabung et al., 2007c). In der wir2Reha-Gruppe war die Ausgangsbelastung im Mittel sogar größer als in der Referenzgruppe stationärer Psychotherapiepatienten. Dementsprechend ist die Ausgangsbelastung der Teilnehmer im Bereich der sozialen Belastung als hoch einzustufen. Dies entspricht dem Bild der insgesamt deutlich erhöhten psychosozialen Belastung dieser Bevölkerungsgruppe von Alleinerziehenden. In den Gruppen wir2kompakt und wir2Reha gaben die Teilnehmer nach der Intervention im Mittel eine signifikante Abnahme dieses Belastungswertes an ($p < .001$; siehe Tabelle 8). Die Reduktion dieses Wertes zum t2-Messpunkt verfehlte in der wir2ambulant-Gruppe nur knapp das geforderte Signifikanzkriterium ($p = .008$ n.s.; siehe Tabelle 8) mit einem konservativ nach Bonferroni (1936) korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha = .005$. Die Effektstärken waren bei wir2ambulant und wir2kompakt als klein einzuordnen, während in der wir2Reha-Gruppe ein mittlerer Effekt erreicht wurde (siehe Tabelle 8) (Cohen, 1988b). Es kann geschlussfolgert werden, dass das wir2-Bindungstraining auch die von den Teilnehmern empfundene soziale Belastung reduzieren kann. Dieser Effekt scheint schwächer als in den anderen mittels HEALTH-49 und PHQ-9 erfassten Bereichen auszufallen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass ein Großteil der sozialen Belastung vom persönlichen Umfeld der Teilnehmer ausgeht. Im Rahmen der wir2Reha-Gruppe bestand die längste Trennung aus diesem Umfeld (6 Wochen). So könnte die hierdurch empfundene Belastung stärker als in den anderen Gruppen reduziert worden sein.

4.2.12 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass im Rahmen dieser naturalistischen Beobachtungsstudie deutliche Hinweise für eine Verbesserung der psychosozialen Gesamtbelastung der alleinerziehenden Teilnehmer nach dem wir2-Bindungstraining gefunden wurden. Das wir2-Bindungstraining ist somit anhand der Ergebnisse des HEALTH-49 als effektiv einzustufen. Des Weiteren zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass die Patienten, die den stationär-rehabilitativen Settings zugewiesen wurden, im Durchschnitt stärker belastet waren, als die Teilnehmer des ambulanten wir2-Programmes. Die Teilnehmer der sechswöchigen Rehabilitation waren hierbei am stärksten belastet. In einem Großteil der Module zeigte sich, dass die Teilnehmer von wir2Reha durchschnittlich sogar stärker belastet waren als die hochbelastete Referenzstichprobe (Rabung et al., 2007c). Es lässt sich der Schluss ziehen, dass die Teilnehmer in den Rehabilitationskliniken eine derartige hohe Ausgangsbelastung aufwiesen, dass eine ambulante Behandlung nicht zielführend gewesen wäre. Vielmehr spricht eine derartig hohe Belastung dafür umgehend eine konzentrierte, stationäre Maßnahme einzuleiten. Dies bieten die wir2-Programmvarianten wir2kompakt und wir2Reha in verschiedenem Maße für klar unterschiedliche Zielgruppen mit spezifischen sozialmedizinischen Bedarfslagen und Indikationsstellungen. Dies unterstreicht die zielführende Validität und den ressourcengerechten Einsatz des wir2-Bindungstrainings innerhalb eines gestuften Versorgungsangebotes für die psychosozial hochbelastete Zielgruppe der Alleinerziehenden und ihrer Kinder.

4.3 Einordnung der Ergebnisse des SDQ

Sowohl der Gesamtproblemwert als auch sämtliche Unterskalen („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“) zeigten nach der Intervention einen verbesserten Mittelwert des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) der Kinder der Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings. Hierbei nahm der Wert für prosoziales Verhalten, als Modul mit positiv formulierten Fragen, insgesamt zu (siehe Tabelle 11).

4.3.1 Gesamtproblemwert

Zur Einordnung der ermittelten SDQ-Werte wurde die größte in Deutschland verfügbare Stichprobe (N=930) für die Elternversion des SDQ von Woerner et al. (2002) herangezogen. Hiernach wurde ein Gesamtproblemwert von 0-12 als „unauffälliger“, von 13-15 als „grenzwertiger“ und von 16-40 als „auffälliger“ Gesamtproblemwert eingestuft (Woerner et al., 2002).

Die Werte der Kinder der Alleinerziehenden in der wir2ambulant-Gruppe lagen nach Einschätzung der Alleinerziehenden sowohl vor als auch nach dem wir2-Bindungstraining noch unter dem Referenzwert für „unauffälliges Verhalten“, während die wir2kompakt- und wir2Reha-Gruppen zum t1-Messpunkt knapp über dem Referenzwert für „unauffälliges Verhalten“ lagen. Nach Abschluss des wir2-Bindungstrainings sanken die Gesamtproblemwerte dieser beiden Gruppen unter diesen Grenzwert. Im Rahmen der gepaarten t-Tests zeigte sich diese Abnahme der Mittelwerte als statistisch signifikant (wir2kompakt: $t(209) = 7,81$; $p < .001$; $d_z = 0,54$; wir2Reha: $t(122) = 3,82$; $p < .001$; $d_z = 0,34$). Hieraus lässt sich ableiten, dass auch das Verhalten der Kinder im Urteil der Eltern durch das wir2-Bindungstraining in den rehabilitativen Programmvarianten insgesamt positiv beeinflusst wurde. Wohlmöglich konnte für die wir2ambulant-Gruppe keine signifikante Abnahme nachgewiesen werden, da sowohl vor als auch nach dem wir2-Bindungstraining der Gesamtproblemwert innerhalb des als unauffällig geltenden Referenzbereiches lag. Offensichtlich bestand hier weniger Handlungsbedarf als in den anderen Gruppen. Dennoch lagen auch bei wir2kompakt und wir2Reha die Gesamtproblemwerte zum t1-Messpunkt im Mittel unterhalb des Wertes 13, sodass diese noch nicht als „grenzwertig auffällig“ einzustufen waren. Somit kann abgeleitet werden, dass das Verhalten der Kinder der Alleinerziehenden im Mittel zwar im Rahmen des SDQ noch nicht als „grenzwertig“ galt, es aber dennoch im oberen Bereich des „unauffälligen“ Verhaltens anzusiedeln ist. Die Verbesserung des Gesamtproblemwertes kann daher als positiver Einfluss des wir2-Bindungstrainings auf das Verhalten der Kinder der Teilnehmer angesehen werden. Ein weiterer zu beachtender Aspekt ist, dass die Wertung des Verhaltens der Kinder durch die alleinerziehende Mutter bzw. Vater des Kindes vorgenommen wurde. Es kann diskutiert werden, ob beispielsweise mögliche Schuldgefühle gegenüber dem eigenen Kind dazu beitragen das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten nicht in vollem Maße zu erfassen. Ein weiterführender Forschungsansatz in diesem Sinne wäre eine Erhebung und Vergleich der SDQ-Werte durch Fremdbeurteiler wie Erzieher oder Lehrer.

4.3.2 Varianzanalyse des SDQ-Gesamtproblemwertes

Zwar konnte kein signifikanter Interaktionseffekt Messzeit x Gruppe für den SDQ-Gesamtproblemwert festgestellt werden, jedoch ein signifikanter Haupteffekt für die Messzeit. Der Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit war nicht signifikant. Hieraus kann abgeleitet werden, dass sich der Gesamtproblemwert des SDQ in allen Gruppen über die Zeit geändert hat. Dieser Effekt wird jedoch nicht nur durch eine einzelne, spezifische wir2-Variante getragen sondern durch alle wir2-Programmvarianten gemeinsam. Die Ausgangswerte für Problemverhalten der Kinder, welche hier durch den SDQ-Summenwert abgebildet sind, lagen zum t1-Messpunkt im Mittel im Bereich zwischen „unauffälligem“ und „grenzwertigem“ Verhalten in der wir2kompakt- und wir2Reha-Gruppe (Woerner et al., 2002). Dieses Verhalten konnte deutlich unter den Grenzwert für „unauffälliges“ Verhalten gesenkt werden, was für eine gute Wirksamkeit des wir2-Bindungstraining auf das Verhalten der Kinder der Teilnehmer spricht. Das Verhalten der Kinder der Teilnehmer der wir2ambulant-Gruppe wurde nach den beschriebenen SDQ-Referenzwerten zum t1-Messpunkt im Durchschnitt als „unauffällig“ eingestuft, lag jedoch am oberen Ende der Skala für „unauffälliges“ Verhalten. Dieses als „unauffällig“ eingestufte Verhalten konnte im Rahmen der wir2ambulant-Gruppe gesenkt werden. Somit kann auch in dieser Gruppe eine positive Wirkung auf das Verhalten der Kinder abgeleitet werden.

4.3.3 Emotionale Probleme

Auf der Skala „Emotionale Probleme“ war die Abnahme der Werte zum t2-Messpunkt in allen Gruppen signifikant (wir2ambulant: $t(125) = 3,00$; $p < .004$; $d_z = 0,27$; wir2kompakt: $t(211) = 5,28$; $p < .001$; $d_z = 0,36$; wir2Reha: $t(123) = 4,25$; $p < .001$; $d_z = 0,38$). Die Effektstärken konnten als klein bis mittelgradig eingestuft werden. Die Ausgangswerte lagen knapp unterhalb des Bereiches für „grenzwertiges“ Verhalten in den Gruppen wir2kompakt und wir2Reha (Woerner et al., 2002). In der wir2ambulant-Gruppe lag dieser Wert im Mittel noch unter dem Grenzwert für „unauffälliges“ Verhalten. Nach dem wir2-Bindungstraining konnten die Werte im Mittel in den Bereich für „unauffälliges“ Verhalten gesenkt werden. Dies deutet darauf hin, dass das wir2-Bindungstraining emotionale Probleme von Kindern positiv beeinflussen kann, obgleich auch die zum t1-Messpunkt erhobenen Werte nach Woerner et al. (2002) noch nicht als kritisch einzustufen sind. Die rehabilitativen wir2-Varianten scheinen einen etwas größeren positiven Einfluss auf die emotionalen Probleme der Kinder gehabt zu haben, was jedoch auch durch die höhere Ausgangsbelastung dieser Kinder mitverursacht worden sein kann. Bei den Kindern der Teilnehmer von wir2ambulant lag ein niedrigerer Ausgangsbelastungswert vor, so dass abgeleitet werden kann, dass hier weniger Handlungsbedarf, und somit auch weniger Potential für Verbesserungen, bestand.

4.3.4 Verhaltensprobleme

Für die Skala „Verhaltensprobleme“ ergab sich lediglich bei wir2kompakt eine statistisch signifikante Abnahme des Mittelwertes zum t2- Messpunkt ($t(209) = 5,86$; $p < .001$). Sämtliche gemessene Werte lagen jedoch nach Woerner et al. (2002) im Referenzbereich für „unauffälliges“ Verhalten (Woerner et al., 2002) und nahmen zum t2-Messpunkt im Mittel ab. Hieraus kann geschlossen werden, dass sich das Verhalten der Kinder der Teilnehmer zwar gebessert hat, dies jedoch nur im Rahmen der wir2kompakt-Gruppe als statistisch signifikant betrachtet werden kann. In den untersuchten Gruppen bestand vor dem Hintergrund der Referenzwerte jedoch kein Handlungsbedarf in Bezug auf die Verhaltensprobleme der Kinder der Teilnehmer. Am ehesten sind sowohl t1- als auch t2-Werte als unkritisch einzustufen. Daher ist anzunehmen, dass eine Verbesserung dieses Verhaltens in allen wir2-Programmvarianten als beachtlicher Erfolg anzusehen ist. Das Verhalten konnte offensichtlich weiter gebessert werden. Die Ausgangsbelastung in der wir2kompakt-Gruppe war im Mittel am höchsten, was eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Abnahme zum t2-Messpunkt nur in dieser Gruppe statistisch signifikant geworden ist. In dieser Gruppe bestand vermutlich ein leicht größerer Handlungsbedarf und daher auch mehr Verbesserungspotential.

4.3.5 Hyperaktivität

Die Ergebnisse des SDQ für die Skala „Hyperaktivität“ sind nach Woerner et al. (2002) als „unauffällig“ einzustufen. Obwohl in allen Gruppen kein konkreter Handlungsbedarf aus den Ausgangswerten abgeleitet werden kann, verbesserte sich das Verhalten in allen Gruppen zum t2-Messpunkt. Die Abnahme der Mittelwerte zeigte sich für die wir2kompakt- und wir2Reha-Gruppe signifikant (wir2kompakt: $t(209) = 6,53$; $p < .001$; wir2Reha: $t(122) = 3,62$; $p < .001$). In der wir2ambulant-Gruppe war der Wert zum t1-Messpunkt am niedrigsten. Die Senkung dieses nach Woerner et al. (2002) ohnehin „unauffälligen“ Wertes war zum t2-Messpunkt zwar statistisch nicht signifikant, doch eine deutliche Tendenz zu weniger hyperaktivem Verhalten ist erkennbar. So scheint das wir2-Bindungstraining, das die alleinerziehenden Elternteile absolvierten, aufgrund seiner positiven Effekte mittelbar ebenfalls positive Einflüsse auf hyperaktives Verhalten der Kinder gehabt zu haben.

4.3.6 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen

Der Wert für Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen bei den Kindern der Teilnehmer sank zum t2-Messpunkt in allen wir2-Gruppen. Diese Abnahme war jedoch statistisch nicht signifikant. Dennoch lässt sich eine deutliche Tendenz zur Verbesserung dieser Verhaltensprobleme erkennen. Zudem ist anzumerken, dass die Kinder der Teilnehmer in allen Gruppen sowohl zum t1- als auch zum t2-Messpunkt im Durchschnitt „unauffällige“ Werte nach Woerner et al. (2002) für diese Skala aufwiesen. Hier bestand demnach kein konkreter Handlungsbedarf und trotzdem konnten diese Verhaltensprobleme tendenziell durch das wir2-Bindungstraining positiv beeinflusst werden.

4.3.7 Prosoziales Verhalten

Nach Anwendung des wir2-Bindungstrainings konnte in allen drei Gruppen eine Zunahme des SDQ-Wertes für „Prosoziales Verhalten“ eruiert werden. Diese Zunahme zum t2-Messpunkt war in den Gruppen wir2kompakt und wir2Reha zum konservativ korrigierten Signifikanzniveau signifikant (Bonferroni, 1936). In der wir2ambulant-Gruppe zeigte sich zwar eine Zunahme der Werte für „Prosoziales Verhalten“ der Kinder der Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings, diese war statistisch jedoch zum konservativ korrigierten Signifikanzniveau nicht signifikant ($p = .011$; siehe Tabelle 11). Nach Woerner et al. (2002) liegt ab einem Wert von 6 ein „unauffälliges“ Verhalten der Kinder in Bezug auf ihr prosoziales Verhalten vor. Demnach konnte das wir2-Bindungstraining nicht nur das in den übrigen Skalen erfasste negative Verhalten verbessern, sondern auch das prosoziale Verhalten stärken. Da bereits vor dem wir2-Bindungstraining ein akzeptables Niveau von prosozialem Verhalten bestand, können die gemessenen Verbesserungen als großer Erfolg angesehen werden. Dies weist darauf hin, dass das wir2-Bindungstraining in allen Programmvarianten das prosoziale Verhalten von den Kindern der Teilnehmer fördert.

4.3.8 Zusammenfassung des SDQ

Abschließend kann aus den mittels SDQ ermittelten Ergebnissen geschlussfolgert werden, dass das Verhalten der Kinder der Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings zum t1-Messpunkt im Mittel als unauffällig einzustufen war, wenn auch zum Teil die Ausprägung von Verhaltensmerkmalen im Mittel an der oberen Grenze des Referenzbereiches für „unauffälliges“ Verhalten lagen. In sämtlichen Skalen des SDQ wurde nach dem wir2-Bindungstraining eine Abnahme der negativen SDQ-Werte und eine Zunahme der positiven SDQ-Werte gemessen. So unterstreicht die Verbesserung dieser noch im Referenzbereich liegenden Ausgangswerte die Effektivität des wir2-Bindungstrainings auch auf das Verhalten der Kinder, obwohl innerhalb des wir2-Bindungstrainings primär mit den alleinerziehenden Elternteilen gearbeitet wurde. Offenbar konnte das ohnehin adäquate Verhalten der Kinder noch weiter verbessert werden. Ein Erklärungsansatz hierfür ist, dass das Zusammenspiel des gebesserten psychosomatischen und psychosozialen Zustandes des Elternteils und die häusliche Eltern-Kind-Übungen des wir2-Bindungstrainings, welche oftmals interaktionelle und Empathie fördernde Anteile beinhalten, das Verhalten der Kinder mittelbar positiv beeinflusst haben. Nicht zuletzt bleibt an dieser Stelle noch anzumerken, dass bereits eine weitere wir2-Programmvariante entwickelt worden ist. Hierbei handelt es sich um die wir2plus-Variante, welche aus zwei parallel stattfindenden Gruppen besteht. In einer Gruppe findet das Training klassischerweise für die Alleinerziehenden statt, während in der zweiten Gruppe parallel ein explizit auf Kinder zugeschnittenes wir2-Bindungstraining stattfindet. Die Kinder sollen hierbei ermutigt werden ihre Emotionen direkter und offener zu artikulieren, um gegebenenfalls einen additiven Effekt mit dem Empathie fördernden wir2-Bindungstraining der Eltern zu erzielen. In Zukunft könnte eine diesbezügliche Evaluation und ein Vergleich mit den anderen wir2-Programmvarianten sehr sinnvoll sein.

4.4 Das wir2-Bindungstraining im Vergleich zu anderen Elternprogrammen

Wie in Abschnitt 1.2 *Präventionsprogramme für Eltern im Überblick* beschrieben, gibt es weltweit einige Programme, die versuchen Eltern bzw. alleinerziehende Eltern und deren Kinder durch psychosoziale Interventionen zu unterstützen.

Das wir2-Bindungstraining wurde auf Grundlage der Bindungstheorie und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen zur kindlichen Affektentwicklung entwickelt. Dazu sind sorgfältig ausgewählte Komponenten aus dem Bereich der psychodynamischen Therapie und Psychoanalyse, der systemischen Therapie sowie der Verhaltenstherapie eingeflossen. Andere Programme, wie ein von Peden et al. (2005) entwickeltes Gruppenprogramm, basieren auf Grundlagen eines Fachgebietes wie der kognitiven Verhaltenstherapie (Peden et al., 2005). Die verschiedenen Einflüsse machen das wir2-Bindungstraining zu einem vielfältigen und flexiblen Gruppenprogramm. Die breite Wirksamkeit konnte in dieser und weiteren Studien dargestellt werden (Franz et al., 2009; Franz et al., 2010). Andere Gruppenprogramme brachten vor allem Erfolge in einzelnen Bereichen, wie der Senkung von Depressionen (Patterson et al., 2005; Peden et al., 2005), welche teilweise jedoch nicht von Dauer waren (Lipman und Boyle, 2005). Beim wir2-Bindungstraining ist insbesondere die Wirksamkeit für Eltern und Kinder in multiplen psychosomatischen und sozialen Bereichen hervorzuheben.

Die „Grüne Liste Prävention“ stellt eine durch den Landespräventionsrat Niedersachsen erarbeitete Datenbank dar, auf welcher nach objektiven Kriterien bewertete und evaluierte Präventionsprogramme in Deutschland für die Bereiche Familie, Schule, Kinder, Jugendliche und Nachbarschaft zusammengestellt wurden (Landespräventionsrat Niedersachsen, 2020). Es werden drei Stufen der Evidenz auf dieser Liste von einer theoretisch gut begründeten Effektivität (Stufe 1) bis hin zu einer nachgewiesenen Effektivität (Stufe 3) unterschieden. Hierbei sind insgesamt vier Elterntrainings aufgelistet, welche die Kriterien der höchsten Evidenzkategorie (Stufe 3) erfüllen. Hierzu zählen die vorwiegend verhaltensnahen Programme „EFFEKT“, „Eltern-AG“, „Triple P“ und das eher bindungsorientierte „wir2-Bindungstraining“. Das wir2-Bindungstraining stellt hierbei das einzige Präventionsprogramm mit der spezifischen Zielgruppe Alleinerziehende im deutschsprachigen Raum dar. Somit hebt sich das wir2-Bindungstraining in seiner spezifischen Zielgruppe von den übrigen Programmen ab.

Das in Abschnitt 1.2 *Präventionsprogramme für Eltern im Überblick* beschriebene Programm „Entwicklungsförderung in Familien: Eltern und Kindertraining“ („EFFEKT“) ist unterteilt in ein Elternt raining und ein Kindertraining. Das Elternt raining umfasst fünf Sitzungen à 90 bis 120 Minuten über fünf Wochen, während das Kindertraining über drei bis fünf Wochen mit 15 Sitzungen à 15 bis 30 Minuten durchgeführt wird. Die Erziehungskompetenzen der Eltern sollen gefördert werden. Den Kindern sollen Techniken zur sozial-kognitiven und verhaltensbezogenen Problemlösung vermittelt werden (Lösel et al., 2006). Es wird eine Gebühr pro Teilnehmer und für Materialien erhoben. Im Rahmen einer Evaluationsstudie von Lösel et al. (2006) wurde das Programm „EFFEKT“ mittels dem „Preschool Social Behavior Questionnaire“ (durch Erzieher) evaluiert, um das Verhalten der Kinder zu bewerten (Lösel et al., 2006). Darüber hinaus wurden Schulzeugnisse ausgewertet. Der psychosomatische und soziale Belastungsgrad der Eltern wurde, im Gegensatz zum wir2-Bindungstraining, nicht erfasst.

Betrachtet man die Ergebnisse der von Lösel et al. (2006) durchgeführten Studie zu den Ergebnissen aus Abschnitt 3.3 *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* und 4.3.7 *Einordnung der Ergebnisse des SDQ* im Vergleich, zeigt sich bei beiden Programmen eine Verbesserung der Werte für Hyperaktivität, emotionale Probleme und Sozialverhalten. Im Rahmen der durchgeführten

Beobachtungsstudie zum wir2-Bindungstraining konnte in den rehabilitativen wir2-Gruppen bei einem Großteil der entsprechenden Werte des SDQ eine statistisch signifikante Verbesserung zum t2-Messpunkt eruiert werden. Lediglich in der wir2ambulant-Gruppe war die Verbesserung der SDQ-Werte zu einem großen Teil statistisch nicht signifikant, was jedoch durch die niedrige Ausgangsbelastung erklärt werden kann. In der wir2ambulant-Gruppe schien demnach ein geringer Bedarf an Verbesserungen des Verhaltens der Kinder der Teilnehmer zu bestehen. Beachtlich ist, dass beide Programme in diesem Bereich Verbesserungen für die Kinder bewirken konnten, das wir2-Bindungstraining dies jedoch ohne ein explizites Kindertraining bewirkt hat. Beim Programm „EFFEKT“ wird ein Großteil der Therapiezeit explizit für die Kinder aufgewendet, während das wir2-Bindungstraining o.g. Effekte weniger direkt über die Verbesserung des psychosozialen Zustandes der Eltern und die häusliche Eltern-Kind-Aufgabe bewirkt hat. Es bleibt jedoch zu erwähnen, dass der zweite Messpunkt beim wir2-Bindungstraining unmittelbar nach Abschluss des wir2-Bindungstrainings erhoben wurde, während der zweite Messpunkt des „EFFEKT“-Programmes zwei bis drei Monate nach Beendigung des Programmes erfasst worden war. Hier könnten die erzielten Erfolge bereits aufgrund der größeren Zeitspanne zwischen der Intervention und dem Messpunkt wieder abgenommen haben. Andererseits kann argumentiert werden, dass somit eine längere Zeitspanne zur Anwendung der neu erlernten Fähigkeiten bestand. Zudem sinkt die Vergleichbarkeit der Studien dadurch, dass zum einen verschiedene Erhebungsinstrumente genutzt wurden und zum anderen die Fragebögen von Eltern bzw. Erziehern bearbeitet wurden. Erklärungsansätze für die guten Effekte auf das Sozialverhalten und die psychische Konstitution der Kinder liefern die fest in das wir2-Bindungstraining integrierten Eltern-Kind-Übungen, die i.d.R. eine tiefgreifende emotionale Eltern-Kind-Interaktion beinhalten. Dennoch bleibt die Frage nach einer möglichen Verbesserung des wir2-Konzeptes durch gezieltes Training für die Kinder der Alleinerziehenden. Die bisher angebotene Kinderbetreuung könnte durch ein solches spezielles Training für Kinder ersetzt werden. Der diesbezügliche konkrete Entwicklungsansatz wir2plus wurde in Abschnitt 4.3.8 *Zusammenfassung des SDQ* bereits dargelegt.

Im Rahmen des Programmes „Eltern-AG“ sollen die Erziehungskompetenzen verbessert werden und das Selbsthilfepotential gestärkt werden. Das Programm umfasst ein Elterntaining von 40 Sitzungen à 45 Minuten über 20 Wochen (Böhm et al., 2013). Die Kinder erhalten keine Intervention. Es wurden keine Parameter der Kinder evaluiert. Im Rahmen der Evaluation wurde ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung der elterlichen Kompetenzen genutzt (Böhm et al., 2013). Es wurde je ein Messpunkt vor bzw. nach der Intervention und ein Messpunkt sechs Monate postinterventionell erfasst. Lediglich für die Skalen „wahrgenommene soziale Unterstützung“ und „Erziehungskompetenz“ konnten signifikante Verbesserungen nach der Intervention nachgewiesen werden. Die Verbesserung dieser Werte war jedoch nur für den Vergleich des t1- mit dem t3-Messpunktes (entsprechend vor und sechs Monate nach der Intervention) statistisch signifikant (Böhm et al., 2013). Die soziale Unterstützung wurde bei der Auswertung des wir2-Bindungstrainings mittels der Skala „soziale Unterstützung“ des HEALTH-49 erfasst (siehe Abschnitt 3.2.1.9 *Soziale Unterstützung (SOZU)*). Für die wir2ambulant-Gruppe konnte im Rahmen dieser Beobachtungsstudie ebenfalls eine signifikante Zunahme der sozialen Unterstützung nachgewiesen werden. Für die beiden Rehabilitationsgruppen wir2kompakt und wir2Reha konnte zwar eine Verbesserung der Werte für die soziale Unterstützung eruiert werden, diese war zum konservativ korrigierten Signifikanzniveau jedoch nicht statistisch signifikant. Der Wert für die soziale Belastung (HEALTH-49, siehe Abschnitt 3.2.1.10 *Soziale Belastung*) konnte in diesen beiden Gruppen nach dem wir2-Bindungstraining dennoch statistisch signifikant gesenkt werden. Letztlich liefert auch hier der Zusammenhang, in dem das wir2-Bindungstraining angeboten wurde, einen Erklärungsansatz. Da Rehabilitationen oftmals heimatortsfern durchgeführt werden, ist es schwieriger bis fast unmöglich, im Rahmen der Gruppensitzungen dauerhaft soziale Netzwerke in der alltäglichen Umgebung zu

stärken. In der wir2ambulant Gruppe, welche ambulant in kommunalen Institutionen durchgeführt wurde, konnte die soziale Unterstützung signifikant gesteigert werden. Dennoch war es möglich, die soziale Belastung in den wir2kompakt- und wir2Reha-Gruppen signifikant zu senken. Insgesamt kann daher beim wir2-Bindungstraining wie bei dem Programm „Eltern-AG“ von einem positiven Effekt auf das Sozialleben der Teilnehmer ausgegangen werden. Beim wir2-Bindungstraining stellt dies jedoch nur einen Teilaspekt neben einer Vielzahl an psychosomatischen Verbesserungen dar. Es kann abgeleitet werden, dass das wir2-Bindungstraining daher wahrscheinlich weitreichendere positive Effekte auf die Teilnehmer hat, als zum Beispiel das Programm „Eltern-AG“. Für eine diesbezügliche abschließende Aussage sind jedoch weitere Studien notwendig. Zudem konnten für das wir2-Bindungstraining statistisch signifikante Verbesserungen unmittelbar nach dem wir2-Bindungstraining (t2-Messpunkte) nachgewiesen werden. Für das Programm „Eltern-AG“ konnten statistisch signifikante Effekte erst 6 Monate nach der Intervention nachgewiesen werden. Es kann geschlussfolgert werden, dass Tendenzen zu erkennen sind, dass das wir2-Bindungstraining in Bezug auf o.g. Belastungen schneller und effektiver wirkt als das Programm „Eltern-AG“. Das Programm „Eltern-AG“ konnte jedoch im Langzeitverlauf positive Effekte bewirken. Zwar konnten positive Langzeiteffekte von wir2ambulant in einer randomisierten kontrollierten Studien von Franz et al. (2010) nachgewiesen werden, im Rahmen der hier beschriebenen Beobachtungsstudie wurde jedoch kein Langzeitmesspunkt erfasst. Ein Langzeitvergleich der Programme inklusive der Rehabilitationsvarianten von wir2 scheint somit einen sinnvollen Forschungsansatz darzustellen.

Das Programm „Triple P“ zielt darauf ab, die Elternkompetenzen zu stärken. Unter dem Markennamen „Triple P“ sind verschiedene Interventionsformen wie z.B. Telefongespräche, Einzelgespräche, Vortragsreihen und online Kurse subsumiert. An dieser Stelle soll die „Triple P“-Gruppenintervention für Eltern mit dem wir2-Bindungstraining verglichen werden. Das Gruppentraining besteht aus vier Gruppensitzungen à zwei Stunden, drei Telefongesprächen à 20 Minuten sowie einer Abschlusssitzung. Auch hier sollen erzieherische Kompetenzen gefördert und verbessert werden. Dabei sollen Verhaltensprobleme der Kinder reduziert werden. Eine Evaluationsstudie von Heinrichs et al. (2006) zeigt, dass Väter ihr Erziehungsverhalten als signifikant besser nach der Intervention einschätzten. Mütter schätzten nach der Intervention ihr Erziehungsverhalten, ihre partnerschaftliche Zufriedenheit, ihre psychische Belastung und das Problemverhalten der Kinder als signifikant besser ein. Hierbei wurde der „Fragebogen zum positiven Erziehungsverhalten FZEV“ und die „Child Behavior Checklist (CBCL für 1.5–5 Jahre)“ genutzt. In diese Auswertung wurden jedoch ausschließlich zwei-Eltern-Familien miteinbezogen (Heinrichs et al., 2006). „Triple P“ stellt ein universelles, sehr verhaltensnahes Interventionsprogramm für Eltern dar. Das Programm ist dementsprechend wenig zielgruppenspezifisch. Nach aktuellen Untersuchungen sind Alleinerziehende psychosomatisch im Durchschnitt deutlich stärker belastet als Eltern in zwei-Eltern-Familien (Rattay et al., 2017; IGES Institut (Hrsg.), 2014). Somit ist fraglich, ob diese universelle Intervention ebenso effektiv für die hochbelastete Bevölkerungsgruppe der Alleinerziehenden wirken würde. Anhand der durchgeführten Untersuchung kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden. Des Weiteren zeigte sich ein niedriger Anteil sozial schwacher Teilnehmer in der durchgeführten Studie zur „Triple P“-Intervention (Heinrichs et al., 2006). Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Alleinerziehende deutlich häufiger auch von monetären Deprivationen betroffen sind, sinkt die Vergleichbarkeit der Studien. Ein Forschungsansatz im Sinne eines Vergleiches der beiden Interventionen erscheint daher sinnvoll.

Ein deutschsprachiges Elternprogramm mit ähnlicher Zielgruppe wie das wir2-Bindungstraining stellt der an der Ludwig-Maximilian-Universität entwickelte Elternkurs „Kinder im Blick“ dar (Krey et al., 2013). Dieses Programm richtet sich speziell an Trennungsfamilien mit Konflikten zwischen den Eltern. Das Programm ist nicht im Netzportal der „Grünen Liste Prävention“ erfasst (Landespräventionsrat Niedersachsen, 2020). Das Konzept basiert auf Erkenntnissen der

familiensystemischen Therapie, Erziehungsstilforschung sowie Kommunikations- und Konflikttheorie. Ziel dieses Elternkurses ist es, die Eltern-Kind-Beziehung, Elternkompetenzen und den angepassten Umgang mit emotionalen Belastungen zu verbessern. Das Programm umfasst dabei sechs Einheiten à drei Stunden. Im Rahmen einer Vorher-Nachher-Befragung wurden Daten zu Eltern- und Kindermerkmalen zu Beginn der Intervention, zwei Monate nach Beendigung und ein Jahr nach Beendigung des Programmes erfasst (Krey et al., 2013). Im Folgenden sollen die Ergebnisse des Elternfragebogens, mit den Messpunkten vor und zwei bis drei Monate nach der Intervention, mit den Ergebnissen des wir2-Bindungstrainings verglichen werden. Sowohl das Nettoeinkommen als auch der Bildungsabschluss der Teilnehmer dieser Studie lagen im Mittel über der Durchschnittsbevölkerung. Die Teilnehmer waren demnach im Durchschnitt der oberen Mittelschicht zuzuordnen (Krey et al., 2013). Nach der Intervention „Kinder im Blick“ verbesserten sich in der Studie von Krey et al. (2013) die Werte für elterliches Wohlbefinden und Elternbeziehung statistisch signifikant. Auch die Konfliktintensität konnte statistisch signifikant gesenkt werden. Andere Aspekte, wie das Erziehungsverhalten oder die Eltern-Kind-Beziehung, zeigten keine signifikante Verbesserung. Alleinerziehende stellen eine durchschnittlich psychosozial besonders stark belastete Personengruppe dar (Rattay et al., 2017). Es kann abgeleitet werden, dass die untersuchte Stichprobe des wir2-Dreistufenmodells eine stärkere psychosoziale Ausgangssymptomlast aufwies als die von Krey et al. (2013) untersuchte Stichprobe, welche der oberen Mittelschicht zuzuordnen ist. Die entsprechenden soziodemografischen Daten wurden im Rahmen der Beobachtungsstudie zum wir2-Bindungstraining jedoch nicht erfasst. Eine abschließende Aussage kann daher diesbezüglich nicht getroffen werden. In Zukunft sollten jedoch weitere demografische Daten, wie der Bildungsstatus und das Einkommen der Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings, zur weiterführenden Forschung erfasst werden. Beim wir2-Bindungstraining wurden ähnliche Aspekte des eigenen Wohlbefindens (psychische und somatische Konstitution im PHQ-9 und HEALTH-49) und indirekt der Eltern-Kind-Beziehung (Verhalten des Kindes im SDQ) bewertet. Das psychische Wohlbefinden konnte im Rahmen des Dreistufenmodells des wir2-Bindungstrainings signifikant verbessert werden (siehe Abschnitt 4.2.6 *Psychisches Wohlbefinden*). Da sich das Verhalten der Kinder sowie die psychosomatische Konstitution der Eltern nach dem wir2-Bindungstraining verbessert haben, ist auch eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung nach dem wir2-Bindungstraining anzunehmen. Eine mögliche Erklärung für die gute Wirkung des wir2-Bindungstrainings sind die Eltern-Kind-Übungen, die intensive Sensibilisierung der Eltern für die affektgesteuerten Bedürfnissignale ihrer Kinder, der Perspektivwechsel hin zum Erleben des Kindes und die bindungstheoretische Grundlage. Möglicherweise können durch bindungstheoretische Ansätze Eltern-Kind-Problematiken gezielter und effektiver gemindert werden. Es bleibt jedoch zu erwähnen, dass der Erfassungszeitpunkt der Post-Ergebnisse beim Programm „Kinder im Blick“ zwei Monate nach Beendigung des Programmes liegt, was ein möglicher Erklärungsansatz für einen bereits abgeschwächten Effekt ist. Auf der anderen Seite bleibt den Eltern somit mehr Zeit, das Gelernte anzuwenden. Auch hier erscheint ein Vergleich der Interventionen unter möglichst gleichen Bedingungen als sehr sinnvoller Forschungsansatz.

Die Programme wir2kompakt und wir2Reha sind bis dato nicht in einer randomisierten kontrollierten Langzeitstudie evaluiert worden. Nach der „Grünen Liste Prävention“ würden die Rehabilitationsvarianten des wir2-Bindungstrainings daher zunächst nur in „Stufe 2“, mit einer sehr wahrscheinlichen Effektivität bei positiven Ergebnissen einer Evaluationsstudie, eingeordnet werden. Auch dieser Aspekt befürwortet die weitergehende Forschung im Bereich des wir2-Bindungstrainings in den rehabilitativen Einrichtungen, insbesondere im Sinne einer randomisierten kontrollierten Langzeitstudie.

Es kann zusammengefasst werden, dass kein wissenschaftlich evaluiertes und auf der Bindungstheorie basierendes Interventionsprogramm für Alleinerziehende in Deutschland neben

dem wir2-Bindungsstraining existiert. Das wir2-Bindungsstraining stellt ein erfolgreiches „Unikum“ dar. Einige der Programme erzielten positive Teilergebnisse in Bezug auf die Selbstwahrnehmung der Eltern, die Erziehungskompetenz und das Verhalten derer Kinder. In der durchgeführten Beobachtungsstudie zum Dreistufenmodell des wir2-Bindungsstrainings konnten deutliche Hinweise für weitreichende Verbesserungen multidimensionaler Aspekte der psychosozialen Gesundheit der Eltern und Kinder eruiert werden. Ähnlich weitreichende und multidimensionale Verbesserungen der psychosozialen Symptomlasten von Eltern und Kindern konnten in keinem anderen Programm nachgewiesen werden. Eine kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation, vergleichbar mit der des wir2-Bindungsstrainings, ist bei anderen Programmen nicht etabliert. Insbesondere auch im Bereich von Rehabilitationen existiert kein vergleichbares Programm.

Der Bedarf an Hilfeleistungen und Prävention für Trennungsfamilien ist dagegen als akut und erheblich anzusehen. Die in *1.1 Die Situation der Alleinerziehenden und derer Kinder* dargestellten Zahlen sind besorgniserregend. Eine deutlich verbesserte und flächendeckende materielle und psychosoziale Unterstützung, wie sie seit vielen Jahren auch von Betroffenenverbänden, wie dem Verband alleinerziehender Mütter und Väter e.V., von den politisch Handlungsverantwortlichen gefordert werden, ist angesichts der Bedarfslagen und Belastungen Alleinerziehender dringend von Nöten. Keines der dargestellten Programme konnte auf derart vielen Ebenen objektiv Verbesserungen für Alleinerziehende und deren Kinder in psychosozialen Variablen nachweisen. Insbesondere, wenn man den Blick auf deutschsprachige Programme wirft, fehlt es an wissenschaftlich evaluierten Alternativen zum wir2-Programm. Ein englischsprachiges Programm, wie das Programm „Parenting Through Change“ (Forgatch, 1994), in die deutsche Sprache zu übersetzen würde viel Zeit und finanzielle Ressourcen in Anspruch nehmen, ohne, dass die Wirksamkeit der deutschsprachigen Version wissenschaftlich evaluiert wäre. Der Bedarf an Hilfe der Alleinerziehenden und ihrer Kinder besteht jedoch akut.

Nicht zu vernachlässigen ist die Frage nach der Langzeitwirksamkeit der Programme, auch des wir2-Bindungsstrainings. Im Rahmen dieser Studie wurden keine Langzeiteffekte erfasst. Für den ambulanten Bereich konnte eine positive Langzeitwirkung des wir2-Bindungsstraining sowohl für die Alleinerziehenden als auch für deren Kinder nachgewiesen werden (Franz et al., 2009). Eine weitergehende Datenerhebung zu Langzeitwirkungen, auch für die Bereiche wir2kompakt und wir2Reha, stellt daher ein wichtiges Ziel weiterer Forschung dar.

4.5 Prävention und soziale Unterstützung als gesundheitspolitischer Schlüssel zu mehr (sozialer) Gerechtigkeit

Am 17. Juli 2015 trat in der Bundesrepublik Deutschland das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Kraft (im Folgenden als Präventionsgesetz bezeichnet). Laut §20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung Absatz 1 dieses Gesetzes „sieht [die Krankenkasse] in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.[...]“.

Zu den konkret gesetzten Gesundheitszielen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zählen demnach:

- „1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren“

(Deutscher Bundestag, 2015).

Wie in Abschnitt 1.1. *Die Situation der Alleinerziehenden und derer Kinder* beschrieben, stellen Alleinerziehende und ihre Kinder in Bezug auf jedes der genannten Ziele eine benachteiligte Bevölkerungsgruppe dar. Sowohl die Alleinerziehenden als auch deren Kinder gehören demnach einer Gruppe an, welche durch eine sozialbedingte Ungleichheit in ihren Gesundheitschancen negativ betroffen ist. Als eine der essentiellsten Aufgaben des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention kann daher die Förderung der Gesundheit und Prävention von Alleinerziehenden und deren Kinder angesehen werden. Auch in den Bundesrahmenempfehlungen zum Präventionsgesetz und im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem bundesweiten Verband der Krankenkassen in Deutschland, werden Alleinerziehende explizit als Zielgruppe von präventiven Angeboten genannt (GKV-Spitzenverband, 2018).

Letztlich sind auch die gewaltigen sozioökonomischen wirtschaftlichen Folgekosten der beeinträchtigten Gesundheit dieser Personengruppe in den Fokus zu stellen. Die Kosten von Präventionsangeboten können als Investition für eine spätere Einsparung der Folgekosten gesundheitlicher Einschränkungen dieser Personen angesehen werden.

Dennoch, auch Jahre nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes bleibt die Situation der Alleinerziehenden und deren Kinder in Deutschland nach wie vor kritisch (Rattay et al., 2017; Rattay et al., 2018). Insbesondere die deutlich höhere psychische Belastung der Alleinerziehenden

gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung ist hier zu nennen (Franz und Lensche, 2003; Franz et al., 2003). Eine Studie von Borgmann et. al (2019) zeigt jedoch, dass die soziale Unterstützung von Alleinerziehenden maßgeblich deren psychosoziale Gesundheit fördert (Borgmann et al., 2019). Hier kann das wir2-Bindungstraining auch innerhalb des untersuchten gestuften Versorgungsmodells ansetzen. Das auf bindungstheoretischen Grundlagen fußende Training kann sowohl die psychosoziale Belastung der Alleinerziehenden als auch das Ausmaß der Verhaltensprobleme derer Kinder positiv beeinflussen. Insbesondere für wir2ambulant konnte eine Verbesserung der sozialen Unterstützung der Alleinerziehenden aufgezeigt werden.

Die nachhaltige Wirksamkeit des wir2-Programmes wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie belegt (Franz et al., 2010; Weihrauch et al., 2014) und die im Rahmen dieser Arbeit vorgestellte Untersuchung liefert Anhalt für die Übertragbarkeit dieser Erfolge auf den Bereich der stationären Kurz- und Langzeitrehabilitation.

Der Hauptunterstützer des wir2-Bindungstrainings ist die gemeinnützige Walter-Blüchert-Stiftung, welche das wir2-Bindungstraining seit 2014 mit hohem Mitteleinsatz fördert und es so ermöglicht hat, dass das wir2-Bindungstraining in der Breite angeboten werden kann. Ohne diese private Initiative außerhalb der Strukturen und Zuständigkeiten der politischen Gesundheits- und Daseinsvorsorge, hätte das Elterntaining wir2 nach erfolgreicher, mit öffentlichen Mitteln (u.a. Bundesministerium für Bildung und Forschung) geförderter Entwicklung und Evaluation den Sprung vom wissenschaftlichen Projekt hin zum Programm in der gesellschaftlichen Versorgungswirklichkeit nicht realisieren können. Heute können Kommunen mit Unterstützung der Walter-Blüchert-Stiftung Zuschüsse der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen aufgrund des Präventionsgesetzes erlangen. Die Förderung bleibt von staatlicher Seite jedoch in größerem Stile zur Ermöglichung des flächendeckenden Angebotes von wir2 aus. Das Angebot wir2 kann letztlich als zukunftsweisende Chance begriffen werden, dieser stark benachteiligten Personengruppe auf Basis des Präventionsgesetzes die Unterstützung zu geben, derer sie bedarf.

Aktuell werden ein Großteil der Präventionsmaßnahmen auf Basis von Finanzmitteln von Jugendämtern oder Kommunen sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes finanziert. Bis dato wurden Finanzmittel der Krankenkassen nur in Einzelfällen zur Finanzierung von Präventionsprojekten von Alleinerziehenden genutzt (Geene und Boger, 2017). Ein positives Beispiel stellt jedoch das Anfang 2018 angelaufen Präventionsprojekt "Präventionsangebote und Unterstützung im Lebensraum für Alleinerziehende" in Kassel dar (Stadt Kassel Hauptamt - Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 2018). Dieses Pilotprojekt wird vom Verband der Ersatzkassen, dem Interessensverband der deutschen Ersatzkassen, und der Stadt Kassel auf Basis des Präventionsgesetzes finanziert. Im Rahmen dieses Projektes wurde ein Netzwerk zur Bedarfsermittlung von Hilfeleistungen der Alleinerziehenden in Kassel etabliert. In zwei Kasseler Familienzentren wurde das Programm wir2, in diesem Fall die Programmvariante wir2ambulant, eingeführt. Darüber hinaus wurde eine engmaschige Zusammenarbeit mit der dortigen Agentur für Arbeit etabliert (Stadt Kassel Hauptamt - Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 2018). So kann durch bedarfsorientierte Vermittlung von psychosozialer Unterstützung sowie beruflicher Perspektiven eine Präventionskette zur Verbesserung der Lebenswelten Alleinerziehender implementiert werden. Das sogenannte „Kasseler Modell“ könnte eine Vorreiterrolle in der bundesweiten Etablierung des wir2-Programmes in Präventionsketten darstellen. Es bleibt jedoch die Frage nach einer dauerhaften und flächendeckenden Förderung von Präventionsangeboten wie des wir2-Bindungstrainings. In diesem Kontext kann das „Kasseler Modell“ nur einen ersten Schritt in der weiterführenden Etablierung des wir2-Programmes darstellen. Insbesondere die Übernahme von Verantwortung durch den, dem Verband der Ersatzkassen übergeordneten, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, könnte einen nächsten

Schritt in der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bezug auf Alleinerziehende und deren Kinder darstellen.

Eine positive Entwicklung ist zudem im Bereich des Unterhaltsvorschusses zu erkennen. Der Unterhaltsvorschuss stellt eine Sozialleistung dar, welche von den Jugendämtern vorschussweise ausbezahlt wird, für den Fall, dass der unterhaltspflichtige Elternteil seinen Zahlungen nicht nachkommt (Bundesministerium für Familie, 2018). Mit Wirkung zum 1. Juli 2017 trat eine Erweiterung des Unterhaltsvorschusses für Alleinerziehende mit Kindern zwischen zwölf und achtzehn Jahren sowie der Wegfall der Höchstbezugsdauer von 72 Monaten in Kraft (Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (Hrsg.), 2018). Dies stellt einen ersten Schritt zur Verbesserung der sozialen Situation von Alleinerziehenden in Deutschland dar.

Sowohl der große Bedarf für nachhaltige präventive Maßnahmen für benachteiligte Personengruppen als auch die Notwendigkeit der Kostenübernahme auf politischer Ebene werden im „Memorandum – Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“, welches im Rahmen des Förderschwerpunktes des Bundesministerium für Bildung und Forschung von 2004 bis 2013 entwickelt wurde, dargelegt (Walter et al., 2015). Nachhaltige Prävention stellt hierbei das Schlüsselkonzept zur Erhaltung des sozialen Friedens in der Zukunft dar. Die Finanzierung dieser Prävention muss demnach zu einer rechtlich eindeutig geregelten politischen Pflichtaufgabe werden, die ressortübergreifend durchgesetzt werden muss. Als Beispiel wird im Rahmen dieses Memorandums auch auf den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von Mitbürgern hingewiesen. Insbesondere wir2Reha kann hier effektiv ansetzen, um die Arbeitsfähigkeit psychosomatisch und sozial außerordentlich stark belasteter Alleinerziehender wiederherzustellen und zu erhalten. Im Weiteren wird im Rahmen dieses Memorandums gefordert, dass für die nachhaltige Prävention ein langfristiger und bundesweit gültiger Plan entwickelt werden sollte, an dem Experten aller Ressorts sowie Forschung und Praxis mitarbeiten müssen. Hier könnte das Expertenteam des wir2-Bindungstrainings einen entscheidenden Beitrag leisten.

4.6 Limitationen der Studie

Durch die vorgelegte naturalistische Beobachtungsstudie konnten erste Belege für die settingbezogene Wirksamkeit des wir2-Bindungstrainings innerhalb eines Dreistufenmodells erbracht werden. Das wir2-Bindungstraining könnte einen erheblichen Beitrag zur Milderung der sozialen, gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen von Alleinerziehenden leisten. Die psychosomatische und soziale Ausgangsbelastung der Alleinerziehenden war in den verschiedenen Gruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. So war die Belastung vor der Intervention im Durchschnitt in der wir2Reha-Gruppe am größten und in der wir2ambulant-Gruppe am geringsten. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die sechswöchige stationäre Rehabilitation, im Rahmen dessen wir2Reha angeboten wird, durch die Deutsche Rentenversicherung genehmigt wird und der Intention folgt die gefährdete Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Hierbei ist von einer erhöhten psychosozialen Belastung gegenüber der restlichen Bevölkerung auszugehen. Ähnliches gilt für wir2kompakt in abgestufter Form. wir2kompakt wird in dreiwöchigen Rehabilitationen, finanziert durch die Krankenkasse, angeboten. Auch hier wird zur Genehmigung des Verfahrens eine deutliche psychische Belastung vorausgesetzt. wir2ambulant ist hierbei das niederschwelligste Angebot, welches jede alleinerziehende Person nutzen kann, ohne sich einer ärztlichen Beurteilung zu unterziehen.

Das Dreistufenmodell des wir2-Bindungstrainings wird somit den unterschiedlichen Bedarfslagen von Alleinerziehenden in Deutschland gerecht. Diese Studie konnte die Annahme belegen, dass Alleinerziehende unterschiedlich stark psychosozial belastet sind. Mäßig belasteten Alleinerziehenden kann bedarfsgerecht mittels des niederschwelligen Angebotes von wir2ambulant effektive Unterstützung im Sinne einer primär präventiven Intervention geboten werden. Es besteht die Möglichkeit, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychosomatischer Erkrankungsbilder somit im Vorfeld durch ein geringeres psychosomatisches Belastungsniveau gesenkt wird. Zudem kann eine sekundäre Prävention im Sinne einer Früherkennung von bereits höhergradig psychosomatisch erkrankten Alleinerziehenden erfolgen und ggf. eine Weiterleitung in eine höhere Stufe des Dreistufenmodells des wir2-Bindungstrainings angeregt werden. Die beiden rehabilitativen Programmvarianten wir2kompakt und wir2Reha sind weniger als primär präventiv anzusehen, sondern stellen insbesondere im Sinne einer aktiven Intervention und tertiären Prävention ein effektives Werkzeug dar, Alleinerziehenden zu helfen. So kann aktiv die oftmals hohe psychosoziale Belastung der Alleinerziehenden im Rahmen der Rehabilitation durch das wir2-Bindungstraining gesenkt werden. Dies lässt auch den Schluss zu, dass das Rezidivrisiko sowie Folgen und Komplikationen von Erkrankungen abgemildert bzw. verhindert werden können. Um diesen Effekt näher zu beleuchten, wird es in Zukunft sinnvoll sein auch die wir2-Programmvarianten im Rehabilitationsbereich in Langzeitstudien zu untersuchen. Im Rahmen einer der kontrollierten randomisierten Studie der wir2ambulant-Variante von Franz et al. (2010) konnte zudem gezeigt werden, dass auch nach sechs und zwölf Monaten noch ein deutlicher positiver Effekt auf die Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings anhielt. Die Erfassung weiterer Messpunkte nach längeren Zeiträumen (z.B. nach 6 und 12 Monaten) stellt daher ein erstrebenswertes Forschungsziel dar, um weitere Evidenz für die Langzeitwirksamkeit des wir2-Bindungstrainings in Rehabilitationen zu erbringen.

Die durchgeführte Beobachtungsstudie kann als erste Pilotstudie zur Evaluation und Etablierung des Dreistufenmodells des wir2-Bindungstrainings angesehen werden. Die Studie ist durch eine fehlende Kontrollgruppe und Randomisierung limitiert. Zudem wurden die Daten für die Untersuchung des Dreistufenmodells retrospektiv ausgewertet. Die guten Ergebnisse dieser naturalistischen Beobachtungsstudie, im Sinne einer starken Wirksamkeit des gesamten wir2-Dreistufenmodells, bestärken jedoch den Ansatz weitere Forschungskapazitäten in die wir2-Programmvarianten zu

investieren, um eine Wirksamkeit aller wir2-Varianten, auch im Langzeitverlauf, empirisch zu belegen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass in den rehabilitativen wir2-Varianten wir2kompakt und wir2Reha das wir2-Bindungstraining zwar die Haupttherapieform darstellte, jedoch auch Einzelgespräche mit Psychologen, Übungen zur progressiven Muskelrelaxation, Achtsamkeitstraining und sportliche Aktivitäten in Gruppen angeboten wurden. Die jeweilige Zusammensetzung des Therapieplanes erfolgte für jeden Patienten individuell und kann als *Confounder* betrachtet werden. Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie im rehabilitativen Setting könnte der Effekt dieses *Confounders* bestimmt werden. Nichtsdestotrotz stellt die durchgeführte naturalistische Beobachtungsstudie den ersten wissenschaftlich fundierten Schritt zur weiteren Untersuchung des Stufenmodells des wir2-Bindungstrainings dar und steuert Evidenz zur Wirksamkeit des wir2-Bindungstrainings in allen Settings bei. Nicht zuletzt bildet diese naturalistische Beobachtungsstudie das klinische Bild der Anwendung des wir2-Bindungstrainings realitätsnah ab. Im Sinne der ökologischen Validität kann argumentiert werden, dass die Ergebnisse der naturalistischen Beobachtungsstudie besonders gut auf alltäglich durchgeführte wir2-Gruppen übertragen werden können. Dies ist auch darin begründet, dass die hier ausgewerteten Ergebnisse den Querschnitt aller Institutionen abbildet, welche im beschriebenen Zeitraum das wir2-Bindungstraining angeboten haben.

Eine Ausweitung in Richtung einer randomisierten kontrollierten Wirksamkeitsstudie, als Goldstandard in der medizinischen Forschung, auf die wir2-Varianten im rehabilitativen Bereich (wir2kompakt und wir2Reha) erscheint, insbesondere vor den durchweg positiven Ergebnissen dieser Beobachtungsstudie, als sehr sinnvoll.

4.7 Schlussfolgerung

In Bezugnahme auf die in *1.4 Ziele der Arbeit* formulierten Hypothesen können folgende Aussagen zur durchgeführten Studie getroffen werden:

1. Die psychosoziale Belastung sowie die psychische und somatische Symptombelastung nahm im Mittel nach dem wir2-Bindungstraining in allen untersuchten Settings ab. Zum Großteil waren diese Ergebnisse statistisch signifikant und von einer großen Effektstärke, was darauf schließen lässt, dass das wir2-Bindungstraining eine effektive Intervention darstellt, die die Lebensqualität von Alleinerziehenden deutlich verbessern kann. Dabei gilt dies sowohl für die Anwendung des wir2-Bindungstrainings im Rahmen von ambulanten Gruppenangeboten als auch in drei- und sechswöchigen stationären rehabilitativen Maßnahmen.
2. Das Verhalten der Kinder der Teilnehmer des wir2-Bindungstrainings, gemessen durch den SDQ-Wert, hat sich im Mittel in allen untersuchten Settings verbessert. Im Rahmen von wir2kompakt und wir2Reha waren diese Verbesserung für fast alle Skalen signifikant. Für wir2ambulant war diese Verbesserung für das Verhalten, bezogen auf emotionale Probleme, signifikant.
3. Aus den Ergebnissen dieser Studie kann zudem abgeleitet werden, dass die Alleinerziehenden in den verschiedenen wir2-Settings zum t1-Messpunkt unterschiedlich stark psychosomatisch und sozial belastet waren. Tendenziell war die Belastung im niederschweligen Angebot wir2ambulant am geringsten und im intensivsten Therapiekonzept wir2Reha am größten. Somit ist die psychosoziale und psychosomatische Belastung eines Teiles der Alleinerziehenden derartig hoch, dass eine stationäre Aufnahme unabdingbar ist. Hier können die rehabilitativen wir2-Varianten effektiv ansetzen.

5 Literatur- und Quellenverzeichnis

- ACHATZ, J., HIRSELAND, A., LIETZMANN, T. & ZABEL, C. 2013. Alleinerziehende Mütter im Bereich des SGB II: eine Synopse empirischer Befunde aus der IAB-Forschung. 47-50.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (HRSG.) 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*, Fourth edition. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- ARMBRUSTER, M. M. & SODTKE, D. 2007. ELTERN-AG - Die niedrigschwellige Elternschule für die frühe Kindheit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 707-720.
- BARLOW, J., BERGMAN, H., KORNOØR, H., WEI, Y. & BENNETT, C. 2016. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14-27.
- BARLOW, J., COREN, E. & STEWART-BROWN, S. 2003. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- BARLOW, J., SMAILAGIC, N., HUBAND, N., ROLOFF, V. & BENNETT, C. 2014. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13-22.
- BEESDO-BAUM, K. & WITTCHEN, H. U. 2011. Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 879-914.
- BENZEVAL, M. 1998. The self-reported health status of lone parents. *Social Science & Medicine*, 46, 1337-1353.
- BÖHM, B., SCHNEIDER, M., REIM, D. & BOCHMANN, S. 2013. *Evaluation der Eltern-AG Abschlussbericht* [Online]. nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V. Available: https://www.eltern-ag.de/data/nexus_eV_Forschung_ELTERN-AG_Abschlussbericht_final_100913.pdf [Accessed 10.07.2019].
- BOHMAN, H., LÅFTMAN, S. B., PÄÄREN, A. & JONSSON, U. 2017. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: a community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. *BMC psychiatry*, 17, 117-117.
- BONFERRONI, C. 1936. Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilita. *Pubblicazioni del R Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Firenze*, 8, 3-62.
- BORGMANN, L.-S., RATTAY, P. & LAMPERT, T. 2019. Alleinerziehende Eltern in Deutschland: Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychosozialer Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 81, 977-985.
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2016a. Arbeitsmarkt für Alleinerziehende (Monats und Jahreszahlen) Deutschland. 5.
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2016b. Arbeitsmarkt 2016 *Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit*, 64. JAHRGANG, Sondernummer 2, 174.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (HRSG.). 2018. *Der Unterhaltsvorschuss – Eine Hilfe für Alleinerziehende und ihre Kinder*, 10. Auflage, Stand Januar 2018, 7-19 [Online]. Available: <https://www.bmfsfj.de/blob/93500/a619f8fe38a830425383-d9a1ef8ef273/der-unterhaltsvorschuss-data.pdf> [Accessed 07.08.2019].
- CHIU, M., RAHMAN, F., VIGOD, S., LAU, C., CAIRNEY, J. & KURDYAK, P. 2018. Mortality in single fathers compared with single mothers and partnered parents: a population-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 3, e115-e123.
- COHEN, J. 1988a. Statistical power analysis for the behavioral sciences. *Hillsdale, N.J., L. Erlbaum Associates*, 48-50.
- COHEN, J. 1988b. Statistical power analysis for the behavioral sciences. *Hillsdale, N.J., L. Erlbaum Associates*, 25-26.
- DEGARMO, D., PATTERSON, G. & FORGATCH, M. 2004. How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane Over Time? *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 5, 73-89.

- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND 2018. Ein neuer Anfang. *ZukunftJetzt - das Magazin der Deutschen Rentenversicherung*, 3, 16-17.
- DEUTSCHER BUNDESTAG 2015. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz–PrävG) vom 17. Juli 2015.
- DOMANSKA, O., RATTAY, P. & LIPPE, E. V. D. 2013. Sind Alleinerziehende öfter von Rückenschmerzen betroffen als in Partnerschaft lebende Mütter und Väter? Ergebnisse der GEDA-Studie 2009/10. *Gesundheitswesen*, 75, A189.
- EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (HRSG.) 2017. Poverty, gender and lone parents in the EU. *Review of the implementation of the Beijing Platform for Action*, 1-4.
- FERGUSON, D. M., LYNKEY, M. T. & HORWOOD, L. J. 1994. The Effects of Parental Separation, the Timing of Separation and Gender on Children's Performance on Cognitive Tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1077-1092.
- FORGATCH, M. S. 1994. Parenting through change: A programmed intervention curriculum for groups of single mothers. Eugene: Oregon Social Learning Center.
- FORGATCH, M. S. & DEGARMO, D. S. 1999. Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711-724.
- FRANZ, M. 2013. Fatherless children of world war II in Germany. Persistent psychosocial impairment in adulthood. In: *Embacher et al. (eds): Children and war. Past and present.*, Helion & Company Ltd. Solihull, England, p 118 –136.
- FRANZ, M. 2014. wir2. Bindungstraining für Alleinerziehende. *Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht*, 17-20.
- FRANZ, M. 2016. Vom Affekt zu Gefühl und Mitgefühl – eine neurobiologische und bindungstheoretische Einführung. *Führung und Gefühl: Mit Emotionen zu Authentizität und Führungserfolg*, 15-32.
- FRANZ, M., GERTHEINRICHS, T., GÜTTGEMANNS, J. & RENTSCH, D. 2008. *PALME – Präventives Elterstraining für alleinerziehende Mütter (1. Auflage)*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- FRANZ, M., HAGEN, D., RUMPOLDT, D., SCHÄFER, R., ZENTGRAF, B., EGGLE, U. & THIELEN, G. 2016. Vaterlos - vom epidemiologischen Befund zur Intervention. *Psychodyn Psychiatry.*, 15(4), 187-196.
- FRANZ, M. & LENSCHKE, H. 2003. Allein erziehend - allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe/ Psychosocial distress and symptoms of single mothers and their children in a large community sample. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 115-138.
- FRANZ, M., LENSCHKE, H. & SCHMITZ, N. 2003. Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 59-68.
- FRANZ, M., WEIHRAUCH, L., BUDDENBERG, T., GÜTTGEMANNS, J., HAUBOLD, S. & SCHÄFER, R. 2010. Effekte eines bindungstheoretisch fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 90-101.
- FRANZ, M., WEIHRAUCH, L., BUDDENBERG, T. & SCHÄFER, R. 2009. PALME - Wirksamkeit eines bindungsorientierten Elterstrainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder. *Psychotherapeut*, 54, 357-369.
- GEENE, R. & BOGER, M. 2017. Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden - Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- GILMAN, S. E., KAWACHI, I., FITZMAURICE, G. M. & BUKA, S. L. 2003. Family Disruption in Childhood and Risk of Adult Depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 939-946.
- GKV-SPITZENVERBAND 2018. Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§20, 20a und 20b SGBV vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018.
- GOODMAN, R. 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

- GOODMAN, R., MELTZER, H. & BAILEY, V. 1998. The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- GOODMAN, S., ROUSE, M., CONNELL, A., ROBBINS, M., M HALL, C. & HEYWARD, D. 2010. Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical child and family psychology review*, 14, 1-27.
- GRÄFE, K., ZIPFEL, S., HERZOG, W. & LÖWE, B. 2004. Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, 50, 171-181.
- HEINRICHS, N., HAHLWEG, K., BERTRAM, H., KUSCHEL, A., NAUMANN, S. & HARSTICK, S. 2006. Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 82-96.
- HELFFERICH, C., HENDEL-KRAMER, A. & KLINDWORTH, H. 2003. Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. *Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 14, 5-22.
- HOFFMANN, B. & SWART, E. 2002. Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden - Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys. *Gesundheitswesen*, 64, 214-223.
- IGES INSTITUT (HRSG.) 2014. Belastung durch chronischen Stress. *Sonderauswertung der Befragung der DAK-Gesundheit im Rahmen des Schwerpunktthemas 2014 – „Rushhour des Lebens“*, 5.
- JACKSON, K. M., ROGERS, M. L. & SARTOR, C. E. 2016. Parental divorce and initiation of alcohol use in early adolescence. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30, 450-461.
- JUN, H. J. & ACEVEDO-GARCIA, D. 2007. The effect of single motherhood on smoking by socioeconomic status and race/ethnicity. *Soc Sci Med*, 65, 653-66.
- KATIKIREDDI, S. V., MOLAODI, O. R., GIBSON, M., DUNDAS, R. & CRAIG, P. 2018. Effects of restrictions to Income Support on health of lone mothers in the UK: a natural experiment study. *The Lancet Public Health*, 3, e333-e340.
- KLASEN, H., WOERNER, W., WOLKE, D., MEYER, R., OVERMEYER, S., KASCHNITZ, W., ROTHENBERGER, A. & GOODMAN, R. 2001. Comparing the German Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- KREY, M., PRÖLS, C. & WALPER, S. 2013. Der Elternkurs "Kinder im Blick" - Ein Programm für Trennungseltern. *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. V Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen*, 235-261.
- KROENKE, K. & SPITZER, R. L. 2002. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509-515.
- KROENKE, K., SPITZER, R. L. & WILLIAMS, J. B. 2001. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16, 606-613.
- KROENKE, K., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W. & LÖWE, B. 2010. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345-359.
- LANDESPRÄVENTIONSRAT NIEDERSACHSEN. 2020. *Grüne Liste Prävention – CTC - Datenbank empfohlener Präventionsprogramme* [Online]. [Accessed 23.03.2020].
- LANSFORD, J. E. 2009. Parental Divorce and Children's Adjustment. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 140-152.
- LARSON, K. & HALFON, N. 2013. Parental divorce and adult longevity. *International Journal of Public Health*, 58, 89-97.
- LINDSTRÖM, M. & ROSVALL, M. 2015. Parental separation in childhood, social capital, and suicide thoughts and suicide attempts: A population-based study. *Psychiatry Research*, 229, 206-213.
- LIPMAN, E. L. & BOYLE, M. H. 2005. Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. *Canadian Medical Association Journal*, 173, 1451.

- LOHBECK, A., SCHULTHEIß, J., PETERMANN, F. & PETERMANN, U. 2015. Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). *Diagnostica*, 61, 222-235.
- LÖSEL, F., BEELMANN, A., STEMMLER, M. & JAURSCH, S. 2006. Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 127-139.
- LÖSEL, F., RUNKEL, D., BEELMANN, A., JAURSCH, S. & STEMMLER, M. 2008. Das Präventionsprogramm EFFEKT: Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training (EFFEKT) *Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Theorie und Praxis des gesellschaftlichen Zusammenhalts – Aktuelle Aspekte der Präventionsdiskussion um Gewalt und Extremismus.*, Berlin, BMI, 199 – 219.
- LÖWE, B., KROENKE, K., HERZOG, W. & GRÄFE, K. 2004. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81, 61-66.
- MARIANI, E., ÖZCAN, B. & GOISIS, A. 2017. Family Trajectories and Well-being of Children Born to Lone Mothers in the UK. *European journal of population = Revue europeenne de demographie*, 33, 185-215.
- MCCLEARN, K. T., MINKOVITZ, C. S., STROBINO, D. M., MARKS, E. & HOU, W. 2006. The Timing of Maternal Depressive Symptoms and Mothers' Parenting Practices With Young Children: Implications for Pediatric Practice. 118, e174-e182.
- MCLEOD, J. D. & SHANAHAN, M. J. 1996. Trajectories of poverty and children's mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 207-220.
- PATTERSON, G., DEGARMO, D. & FORGATCH, M. 2005. Systematic Changes in Families Following Prevention Trials. *Journal of abnormal child psychology*, 32, 621-33.
- PEDEN, A. R., RAYENS, M. K., HALL, L. A. & GRANT, E. 2005. Testing an Intervention to Reduce Negative Thinking, Depressive Symptoms, and Chronic Stressors in Low-Income Single Mothers. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 268-274.
- PSYCHOGIOU, L., MOBERLY, N. J., PARRY, E., NATH, S., KALLITSOGLU, A. & RUSSELL, G. 2017. Parental depressive symptoms, children's emotional and behavioural problems, and parents' expressed emotion—Critical and positive comments. *PLOS ONE*, 12, e0183546.
- RABUNG, S., HARFST, T., KAWSKI, S., KOCH, U., WITTCHEN, H.-U. & SCHULZ, H. 2007a. "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)" Ein neues Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit [Online]. Available: <http://www.hamburger-module.de/download/health-49-vortrag.pdf> [Accessed 19.12.2019].
- RABUNG, S., HARFST, T., KAWSKI, S., KOCH, U., WITTCHEN, H.-U. & SCHULZ, H. 2007b. Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH) – Ein neues Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57, A077.
- RABUNG, S., HARFST, T., KAWSKI, S., KOCH, U., WITTCHEN, H.-U. & SCHULZ, H. 2009. Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der »Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis« (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 162-179.
- RABUNG, S., HARFST, T., KOCH, U. & SCHULZ, H. 2007c. *Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH) – Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „HEALTH-49“ (Stand: 15.01.2007)* [Online]. Available: <http://www.hamburger-module.de/download/health-49-normen.pdf> [Accessed 23.05.2019].
- RABUNG, S., HARFST, T., KOCH, U., WITTCHEN, H. U. & SCHULZ, H. 2007d. Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH) – psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur

- multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 17(3), 133-140.
- RATTAY, P., LIPPE, E. V. D., BORGMANN, L.-S. & LAMPERT, T. 2017. Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 24-40.
- RATTAY, P., LIPPE, E. V. D. & LAMPERT, T. 2014. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien – Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(7), 860-868.
- RATTAY, P., VON DER LIPPE, E., MAUZ, E., RICHTER, F., HÖLLING, H., LANGE, C. & LAMPERT, T. 2018. Health and health risk behaviour of adolescents-Differences according to family structure. Results of the German KiGGS cohort study. *PloS one*, 13, e0192968-e0192968.
- RINGBÄCK WEITTOFT, G., HAGLUND, B. & ROSÉN, M. 2000. Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. *Lancet (London, England)*, 355, 1215-1219.
- SANDS, A., THOMPSON, E. J. & GAYSINA, D. 2017. Long-term influences of parental divorce on offspring affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 105-114.
- SCHÄFER, R., ROTH, A., KLAPDOR-VOLMAR, B., ALBRECHT, B., BOLLMEIER, N. & FRANZ, M. 2019. Gesundheit von Schulanfängerinnen alleinerziehender Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 1-8.
- SCHARTE, M. & BOLTE, G. 2012. Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastungen. *Gesundheitswesen*, 74, 123-131.
- SIAHPUSH, M., BORLAND, R. & SCOLLO, M. 2002. Prevalence and socio-economic correlates of smoking among lone mothers in Australia. *Aust N Z J Public Health*, 26, 132-5.
- STADT KASSEL HAUPTAMT - PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT & VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (VDEK) 2018. Neues Präventionsprojekt in Kassel: Alle Ersatzkassen und Stadt Kassel machen sich für Alleinerziehende stark - Umsetzung des Präventionsgesetzes nimmt Fahrt auf. Gemeinsame Pressemitteilung.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.) 2018a. Statistisches Jahrbuch 2018. *Wiesbaden: Statistisches Bundesamt*, 67-68.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.) 2018b. Statistisches Jahrbuch 2018. *Wiesbaden: Statistisches Bundesamt*, 180-190.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.) 2018c. Alleinerziehende - Tabellenband zur Pressekonferenz am 02.08.2018 in Berlin - Ergebnisse des Mikrozensus 2017. *Wiesbaden: Statistisches Bundesamt*, 13.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.) 2018d. Statistisches Jahrbuch 2018. *Wiesbaden: Statistisches Bundesamt*, 168.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.) 2019. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Haushalte und Familien - Ergebnisse des Mikrozensus 2018. *Fachserie 1 Reihe 3*, 93.
- STEFFANOWSKI, A., LÖSCHMANN, C., SCHMIDT, J., WITTMANN, W. W. & NÜBLING, R. 2007. *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie*, Huber Bern.
- VAZ, S., CORDIER, R., BOYES, M., PARSONS, R., JOOSTEN, A., CICCARELLI, M., FALKMER, M. & FALKMER, T. 2016. Is Using the Strengths and Difficulties Questionnaire in a Community Sample the Optimal Way to Assess Mental Health Functioning? *PloS one*, 11, e0144039-e0144039.
- WALTER, U., NÖCKER, G., PAWILS, S., ROBRA, B. P., TROJAN, A., FRANZ, M., GROSSMANN, B., SCHMIDT, T. A., LEHMANN, H., BAUER, U., GÖPEL, E., JANZ, A., KUHN, J., NAEGELE, G., MÜLLER-KOHLBERG, H., PLAUMANN, M., STENDER, K. P., STOLZENBERG, R., SÜß, W., TRENKER, M., WANER, V. & WILDNER, M. 2015. Memorandum – Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. *Gesundheitswesen*, 77, 382-388.
- WEIHRAUCH, L., SCHÄFER, R. & FRANZ, M. 2014. Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 22, 139-153.

- WEINBERG, M. K., OLSON, K. L., BEEGLY, M. & TRONICK, E. Z. 2006. Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. 47, 670-683.
- WEITTOFT, G. R., HJERN, A., HAGLUND, B. & ROSÉN, M. 2003. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *The Lancet*, 361, 289-295.
- WISSENSCHAFTLICHER DIENST DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES (HRSG.). 2018. *Familienpolitische Leistungen für Alleinerziehende Überblick über wesentliche Leistungen und deren Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren, 5-6* [Online]. Available: <https://www.bundestag.de/resource/blob/546730/b0a337fa0443ea3eb8580fa6ca2cda5d/wd-9-003-18-pdf-data.pdf> [Accessed 07.08.2019].
- WOERNER, W., BECKER, A., FRIEDRICH, C., KLASSEN, H., GOODMAN, R. & ROTHENBERGER, A. 2002. Normierung und evaluation der deutschen elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen felderhebung. [Normative data and evaluation of the German parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study.]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105-112.

6 Anhang

6.1 PHQ-9-Fragebogen für den t1-Messpunkt

Vor der wir2-Gruppe

Mein Code _____ Geschlecht: männlich weiblich Datum _____

PHQ-9

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen und Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

6.2 PHQ-9-Fragebogen für den t2-Messpunkt

Nach der wir2-Gruppe

Mein Code _____ Geschlecht: männlich weiblich Datum _____

PHQ-9

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen und Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappeliger“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Englische Version: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

6.3 HEALTH-49-Fragebogen für den t1-Messpunkt

Ihr Wohlbefinden vor der wir2-GruppeMein Code _____ Geschlecht: männlich weiblich Datum _____

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> unter ...?		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1	Angst und Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, wie man sich fühlt . Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich in den letzten zwei Wochen so gefühlt haben!		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich kann genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.
Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind.**
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft.**

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1 mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!						
Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?						
	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	
1	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht wenig mittel ziemlich sehr						
3	Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt ?						
	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	
5	Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend.						
Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...						
	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunterspielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4 HEALTH-49-Fragebogen für den t2-Messpunkt

Ihr Wohlbefinden nach der wir2-GruppeMein Code _____ Geschlecht: männlich weiblich Datum _____

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 Angst und Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ich kann genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.
Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind.**
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft.**

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1 mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!						
Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?						
	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	
1	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr	
3	Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt ?						
	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	
5	Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend.						
Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...						
	nie	selten	gelegent- lich	oft	immer	
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunterspielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5 SDQ-Fragebogen für den t1-Messpunkt

Das Verhalten Ihres Kindes
vor der wir2-Gruppe

Mein Code _____

Datum _____

Dieser Fragebogen bezieht sich auf das **Verhalten Ihres (wir2-) Kindes**. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes **in den letzten sechs Monaten** beziehungsweise in diesem Schuljahr.

Kind: männlich weiblichBei mehr als einem Kind: Kind 1 Kind 2 Kind 3 Kind ____

Nicht
zutreffend Teilweise
zutreffend Eindeutig
zutreffend

		Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1	Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6 SDQ-Fragebogen für den t2-Messpunkt

Das Verhalten Ihres Kindes
nach der wir2-Gruppe

Mein Code _____

Datum _____

Dieser Fragebogen bezieht sich auf das **Verhalten Ihres (wir2-) Kindes**. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes **in den letzten sechs Monaten** beziehungsweise in diesem Schuljahr.

Kind: männlich weiblichBei mehr als einem Kind: Kind 1 Kind 2 Kind 3 Kind ____

Nicht
zutreffend Teilweise
zutreffend Eindeutig
zutreffend

1	Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Danksagung

Als erstes möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Franz für die Vergabe dieser Dissertation und seine Unterstützung herzlich bedanken.

Ebenso möchte ich mich beim wir2-Bindungstraining-Team, insbesondere bei Herrn Dr. phil. Ralf Schäfer, Herrn Daniel Hagen und Herrn Dirk Rampoldt, für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Zudem danke ich Frau Univ.-Prof. Dr.med. Dr.PH. Andrea Icks für die Übernahme der Co-Betreuung meiner Dissertation.

Mein besonderer Dank geht an meine Familie und Freunde, die mich in allen Belangen stets unterstützt haben.